

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
Praha 5

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PO BARIATRICKÉ
OPERACI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

SYLVA FOJTÁŠKOVÁ

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PO BARIATRICKÉ OPERACI

Bakalářská práce

SYLVA FOJTÁŠKOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Fojtášková Sylva
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 16. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacienta po bariatrické operaci

Educational Process for Patients after Bariatric Surgery

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor



PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 28. 2. 2013

.....

ABSTRAKT

FOJTÁŠKOVÁ Sylva DiS. Edukační proces u pacienta po bariatrické operaci. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.,MPH. Praha 2013.77s.

Hlavním tématem bakalářské práce je edukační proces u pacienta po bariatrické operaci. Práce je věnována etiologii, diagnostice, terapii morbidní obezity, kvalitě života a edukaci bariatrických pacientů. Obsahuje poznatky v konzervativní a chirurgické léčbě obezity zaměřené především na tubulizaci žaludku.

Nosnou část bakalářské práce tvoří edukace pacienta ve specifikovaném edukačním procesu. Edukační proces jako součást ošetrovatelského procesu navazuje na edukaci v průběhu léčby.

Po bariatrické operaci je cílem správná edukace, upevňování a dodržování správných zásad, z důvodu možných komplikací a případného návratu obezity. Je zapotřebí, aby všeobecná sestra myslela také na to, co se bude dít s pacientem, až nemocnici opustí.

Klíčová slova

Edukace. Edukační proces. Morbidní obezita. Kvalita života. Bariatrie. Tubulizace žaludku.

ABSTRACT

FOJTÁŠKOVÁ Sylva Dis. Educational Process by Patients after Bariatric Surgery. The College of Nursing (Vysoká škola zdravotnická), o.p.s. - bachelor studies. Supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha 2013, 77p.

The main topic of the BA thesis is the educational process of patients after bariatric surgery. It focuses on etiology, diagnostic procedure, morbid obesity therapy, quality of life and education of bariatric patients. It contains information concerning conservative and surgical treatment of obesity and especially operation that is called sleeve gastrectomy.

The main emphasis is put on the education of patients and a specialized educational process. The education during the treatment is followed by this educational process which is part of the nursing process.

Proper education and consolidation and observation of the right principles are the main goals after a bariatric surgery because of possible complications or relapse of obesity. The nurse must also consider what will happen with the patient after leaving the hospital.

Keywords

Education. Educational process. Morbid obesity. Quality of life. Bariatry. Sleeve gastrectomy.

PŘEDMLUVA

Zdraví nastávající generace je prioritou každé společnosti. Existuje celá řada publikací, které poukazují na problematiku obezity, její léčby a udržování zdravého životního stylu.

Bakalářská práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam edukační činnosti v práci bariatrické sestry jako významného nástroje kvality péče o pacienta. Považuji za naprosto důležité, že edukační proces je plánovitým a cílevědomým procesem, nikoliv však náhodným.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mým zaměstnáním v nemocnici ve Valašském Meziříčí, kde pracuji.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanovi Syslovi za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD.....	13
1 MORBIDNÍ OBEZITA.....	15
1.1 Nástroje k diagnostice obezity.....	17
1.2 Klasifikace obezity.....	17
1.3 Typizace obezity.....	18
1.4 Psychosociální důsledky obezity.....	19
2 KONZERVATIVNÍ LÉČBA OBEZITY.....	21
2.1 Nízkoenergetická dieta.....	21
2.2 Pohybová léčba.....	22
2.3 Behaviorální intervence.....	24
2.4 Farmakoterapie.....	25
3 CHIRURGICKÁ LÉČBA OBEZITY.....	26
3.1 Vývoj bariatrické chirurgie.....	27
3.2 Druhy bariatrických výkonů.....	28
3.2.1 Bandáž žaludku (AGB).....	29
3.2.2 Gastrický bypass en Y (RYGBP).....	30
3.2.3 Biliopankreatická diverze (BPD).....	31
3.2.4 Plikace žaludku (LGCP).....	32
3.3.5. Tubulizace žaludku – Sleeve gastrectomy (SG).....	33
4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA PŘED A PO BARIATRICKÉ OPERACI.....	38
4.1 Předoperační péče.....	38
4.2 Informovaný souhlas pacienta s operací.....	41
4.3 Perioperační péče.....	42
4.4 Pooperační péče.....	43
4.5 Rizika pooperačních komplikací po tubulizaci žaludku (SG).....	44
4.6 Dietní a pohybový režim po operaci (SG).....	44
5 KVALITA ŽIVOTA.....	47
5.1 Historický vývoj pojetí kvality života.....	48

5.2 Teoretické pojetí kvality života	49
5.3 Subjektivní a objektivní dimenze kvality života	49
5.4 Spokojenost pacientů a kvalita zdravotní péče.....	49
5.5 Metody sledování spokojenosti pacientů.....	50
5.6 Obezita a kvalita života	50
5.7 Životní události a kvalita života	50
6 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	52
6.1 Význam edukace	52
6.2 Motivace v edukaci.....	53
6.3 Cíle edukace	54
6.4 Edukační proces a jeho fáze ve zdravotnickém zařízení	54
6.5 Didaktické formy a metody v edukaci.....	59
6.6 Bariéry v edukaci.....	60
7 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S BARIATRICKOU DIAGNÓZOU DLE M. GORDON	61
7.1 Fáze posuzování	61
7.2 Fáze edukační diagnóza.....	64
7.3 Fáze plánování	65
7.4 Fáze realizace	66
7.5 Fáze vyhodnocení	70
7.6 Výsledek edukace	70
7.7 Doporučení pro praxi.....	71
ZÁVĚR.....	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
PŘÍLOHY	77

Seznam zkratk

AGB	Adjustabilní gastrická bandáž
BMI	Body Mass Index
BPD	biliopankreatická diverze
Cca	odhadem, cirka
CD	Compact Disk
ČR	Česká republika
DM II	Diabetes mellitus II.typu
DS	Duodenální switsch
GB	Gastrická bandáž
GBP	Gastrický bypass
ICHS	Ischemická choroba srdeční
LGCP	laparoskopická plikace žaludku
MD-JIP	Multidisciplinární jednotka intenzivní péče
NVM	Nemocnice Valašské Meziříčí
RYGBP	Roux-en-Y gastrický bypass
SG	Sleeve gastronomy
WHO	World Human Organisation - Světová zdravotnická organizace

Seznam použitých odborných výrazů

- Abdominoplastika** – odstranění kožního převisu
- Abúzus alkoholu** – nadužívání alkoholu
- Adherence** - přilnavost
- Adjustace** – úprava bandáže
- Analýza** – rozbor
- Anémie** – chudokrevnost
- Anorektika** - léky tlumící chuť k jídlu
- Bariatrie** – chirurgický obor, zabývající se léčbou obezity
- Baros** – těžký, objemný
- Brainstorming** – návrhy řešení, (burza nápadů)
- Brainwritig** – nápady na papír
- Edukace** – vychovávat, vést vpřed = výchova
- Edukant** – člověk, který se učí
- Edukátorka, edukátor** – vychovatel, školitel
- Europoidní** – bílá rasa
- Farmaka** – léčiva
- Farmaka** - léky
- Gastroskopie** – endoskopické vyšetření žaludku
- Ghrelín** – hormon hladu
- Handicap** – zdravotní postižení (fyzické, psychické)
- Hepatální** – jaterní
- Hernie** – kýla
- Hypertenze** – vysoký krevní tlak
- Hypertrofie** – zvětšení
- Cholecystektomie** – odstranění žlučníku
- Implantát** – náhrada
- Imunitní** – odolný
- Integrita osobnosti** – celistvost osobnosti
- Intoxikace** – otrava
- Kardiální** – srdeční
- Kompetence** – pravomoc

Kognitivní – poznávající

Kontinuální – nepřetržitá

Kontraindikace – stav vylučující provádět výkon, či užití léku

Laparoskopicky – pohled do dutiny břišní

Malabsorpční – snížení vstřebání

Maligní – zhoubný

Mentální retardace – slabomyslnost

Monstrózní steatóza - ukládání tuků do jaterní tkáně

Morbidní – extrémní

Mykotické onemocnění – plísňové onemocnění

Neverbální – řeč těla

Nutriční terapeut – výživové poradenství

Obezitologie – obor zabývající se nadváhou

Osteoporóza – úbytek, řídnutí kostní tkáně

Paralytický ileus – ochabnutí střeva

Periferní katetr – žilní kanylce

Permanentní – trvalý

Plicní embolie – uzávěr plicní cévy

Pneumonie – zánět plic

Primární – prvořadá

Psychózy – duševní onemocnění

Pylorus – vrátník, výstup žaludku do dvanácterníku

Pyróza – pálení žáhy

Rekonvalescence – zotavování

Relaps nadváhy - návrat nadváhy

Renální – ledvinné

Resekce – odstranění

Restrikční – snížení objemu

Reverz – písemné prohlášení

Ruptura svalových fascií - přetržení četných svalových vláken

Sedativum – lék na sklidnění

Sekundární – druhořadá

Sonografie – ultrazvukové vyšetření

Spirometrie – vyšetření funkce plic

Subjektivní – co cítí

Terigenní farmaka - léky zvyšující energetický výdej

Tromboembolická nemoc – uzávěr cévy krevní sražením

Trombóza – zánět žil

Tubulus – rukáv, Sleeve

Verbální – slovní

Seznam obrázků

Obrázek č. 1	Typy otylosti podle charakteru rozložení tuku.....	17
Obrázek č. 2	Gastrická bandáž (GB).....	28
Obrázek č. 3	Gastrický bypass Y (RYGBP).....	29
Obrázek č. 4	Biliopankreatická diverze (BPD).....	30
Obrázek č. 5	Plikace žaludku (LGCP).....	31
Obrázek č. 6	Tubulizace žaludku (SG).....	32
Obrázek č. 7	Masslowa pyramida potřeb.....	46
Obrázek č. 8	Fáze zpětné vazby.....	56

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Závažnost zdravotního rizika při obezitě – rozšířená	16
Tabulka č. 2	Edukace a ošetřovatelský proces.....	57
Tabulka č. 3	Vstupní test	63
Tabulka č. 4	Porovnání vstupního a výstupního testu	69

ÚVOD

„Obezita je nemocí duše a těla“

(P. Björntopa)

Obezita je celosvětově závažným lékařským, psychologickým, ekonomickým i sociálním problémem. Přináší lidem zdravotní problémy a tím snižuje jejich kvalitu života.

Je známo, že konzervativní léčba redukce hmotnosti bývá často bez trvalého úspěchu. Pacienti se po nějakém čase opět vracejí na svou původní váhu. Důvody?? Ty je třeba hledat v návratu do „starých kolejí“ spočívající v opětovném špatném návykovém chování, nedostatku pohybové aktivity a především deficitu pevné vůle si váhový úbytek udržet. Jaké je postavení sestry v bariatrické ambulanci? Může sestra nějakým způsobem pozitivně ovlivnit myšlení pacienta, jež tuto ambulanci navštíví a tím zvýšit naději na trvalý úspěch? Jaká je její role v tomto závažném civilizačním onemocnění?

Po letech praxe na pozici bariatrické sestry vnímám, že základním atributem je nahlížet na pacienta jako na celkovou osobnost a zaměřovat se i na psychickou podstatu morbidní obezity (na nichž se často zapomíná) a dokázat ho pozitivně naladit pro správnou a hlavně úspěšnou léčbu. Morbidně obézní pacienti se poměrně často setkávají s opovržením a despektem společnosti, raději se uzavírají v domácím prostředí, nevyhledávají společnost a také při hledání zaměstnání bývají často pro svůj vzhled diskriminováni. Jedním z východisek je také dostatečná edukace pacienta, tak aby měl k dispozici dostatečné znalosti týkající se dané problematiky. Chirurgická léčba obezity přináší zásadní zlepšení kvality života a v mnoha případech navrácí pacienta z invalidity do produktivního žití, životního stylu a v neposlední řadě také k dodržování těchto změn po operaci. Je důležité si uvědomit, že bariatrická operace je pouze nástrojem k tomu, aby pacient redukoval svou hmotnost, podstatná část úspěchu záleží přímo na něm.

Záměrem této práce je přiblížit problematiku konkrétních edukačního procesu s praktickým výstupem edukačního materiálu. Práce je určena jak studentům na zdravotních školách, tak z ní mohou čerpat informace a rady všeobecné sestry v praxi, pracující na chirurgii.

1 MORBIDNÍ OBEZITA

Morbidní obezita neboli otylost je nejčastější podmíněnou metabolickou chorobou. Jde o nadměrné zmnožení tuku v organismu a je důsledkem vlivu současných životních podmínek, nesprávného životního stylu, nadměrným přísunem živin a nedostatku pohybové aktivity. Obezita provází lidstvo po celou dobu jeho existence (KASALICKÝ, 2007).

Morbidní obezita představuje nejen lékařský, ale i vážný sociální, psychologický a v neposlední řadě ekonomický problém. Spolu s přidruženými nemocemi případně vážnými komplikacemi, především metabolickými a kardiovaskulárními, představuje totiž mnohdy vitální ohrožení nemocného. Morbidní obezita je následkem špatného návykového chování, nebo také nedostatku potřebné vůle a to i přesto, že tito nemocní často nejsou schopni dlouhodobě udržet své váhové úbytky dosažené konzervativní léčbou (FRIED, 2005).

Mezi takové choroby, které ovlivňují kvalitu a délku života řadíme například hypertenzi, diabetes mellitus II. typu, srdeční onemocnění, ICHS, cévní mozkové příhody, tromboembolickou nemoc, varixy, syndrom spánkové apnoe, dysbalance gonadálních hormonů, předčasné artrózy nosných kloubů, deprese či neurózy. Obézní je též ohrožen cholecystitidou, pankreatitidou, u žen se mohou vyskytnout poruchy menstruace a komplikace v těhotenství a při porodu. Mezi další komplikace obezity patří horší hojení ran, úrazy, kýly. Dále podněcuje vznik kožních komplikací. Nejčastěji jsou to exémy, mykózy a strie (FRIED, 2005).

Je třeba si uvědomit, že morbidní obezita je po kouření druhou nejčastější příčinou úmrtí, kterému jde díky správné edukaci a odbornému vedení předcházet. WHO zjistila, že v roce 1995 bylo ve světě 200 miliónů obézních osob, toto číslo stoupl v roce 2000 na 300 miliónů a v roce 2015 se předpokládá 700 miliónů obézních osob ve věku nad 15let (HAINER, 2011).

Výskyt morbidní obezity má vzestupnou tendenci a postihuje téměř všechny ekonomické skupiny obyvatelstva a s přibývajícými zdravotními komplikacemi ohrožuje

životy zejména mladých lidí. A právě i proto světová zdravotnická organizace vyhlásila obezitu epidemií 21. století. Léčba morbidní obezity není jednoduchá ani krátkodobá záležitost (FRIED, 2005).

Výskyt obezity v celosvětovém rozměru kolísá, poněvadž je ovlivňován následujícími faktory:

- věk - se stoupajícím věkem přibývá obézních
- pohlaví - ženy jsou ve všech populacích více obézní než muži
- vzdělání - s vyšším finančním příjmem - snižují výskyt obezity, nižší vzdělání i příjem jsou častější nárůsty obezity (jsou však výjimky)
- vstup do manželství - u obou pohlaví vede k vzestupu hmotnosti
- mateřství - mírně zvyšuje hmotnost
- genetické vlivy - jsou ovlivňovány rodinnými zvyky, tzn. nesprávný způsob vaření, který přechází z generace na generaci.
- dietní zvyklosti - národní kuchyně, příjem velkého množství tuku
- kouření - zvyšuje výdej energie a snižuje výskyt obezity
- alkohol - zvyšuje vzestup hmotnosti
- fyzická aktivita - s omezením nebo totální nečinností stoupá výskyt obezity (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008).

Obezita jako chronické onemocnění je podceňována nejen laickou veřejností, ale i zdravotníky. V dnešní době jsme svědky stále se objevujících nových dietofarmak, dietních návodů s mizivým, někdy negativním efektem.

Péče o obézního pacienta vyžaduje komplexní multidisciplinární přístup. Na prvním místě jde o odborné vedení obezitologem.

Po neúspěšné konzervativní léčbě zde již má pevné místo bariatrická chirurgie. S rozvojem miniinvazivní chirurgie, dochází k širokému rozvoji metod chirurgické léčby morbidní obezity (KASALICKÝ, 2007).

1.1 Nástroje k diagnostice obezity

Při stanovení diagnózy obezity je důležité správné posouzení zdravotního stavu pacienta lékařem. Důležité jsou anamnestické údaje, jako jsou období výskytu obezity pacienta, v rodině, jídelní zvyklosti, pohybová aktivita, kouření, alkohol, vzdělání. Stanovení složení těla a rozložení tukové tkáně – stanovení váhy, výšky, výpočet BMI, metody měření obsahu tukové tkáně v těle, měření kožních řas. Rozložení tukové tkáně se měří za pomoci obvodu pasu, poměr pas/boky, pas/výška

Laboratorní vyšetření charakterizují komplikace obezity, výskyt dalších onemocnění ovlivňující léčbu obezity, diferenciální diagnózu obezity (HAINER, 2004).

1.2 Klasifikace obezity

Posouzení velikosti hmotnosti ve vztahu ke zdravotním rizikům se zjišťuje srovnáváním hmotností podle tabulek a pomocí různých indexů. V současné době je nejvíce používán Queteletův index tělesné hmotnosti tzv. Body Mass Index (KASALICKÝ, 2007).

BMI určitě přesně neodráží podíl tuku a beztukové hmoty. Při stejném BMI mají ženy větší podíl tuku než muži a starší jedinci větší podíl tuku než jedinci mladší. U silových sportovců (kulturisté, vzpěrači) vzestup BMI odráží zmnožení svalové hmoty, ale ne zmnožení tuku. Při BMI 18,5 - 24,9 se jedná o normální rozmezí. Při BMI 25 - 30 jde již o nadváhu. Tito jedinci mívají většinou nadměrné tukové zásoby, které nepředstavují vážnější zdravotní rizika. Při BMI 30 - 34,9 se jedná o obezitu I. stupně. Při BMI 35 - 39,9 se jedná o obezitu II. stupně, zde je již vysoké riziko zdravotních komplikací. A při BMI nad 40 jde o obezitu III. stupně. Zde hovoříme o těžké neboli morbidní obezitě, která je spojena s velmi vysokými zdravotními riziky. U BMI 50 - 59,9, kde se jedná o obezitu IV. stupně hovoříme o morbidní obezitě se super vysokou rizikovostí. BMI 60 a více obezita V. stupně s extrémně vysokou rizikovostí (KASALICKÝ, 2007).

Tabulka 1- Závažnost zdravotního rizika při obezitě - rozšířená

BMI	Kategorie podle WHO IOTF	Zdravotní rizika
18-25	Normální rozmezí	Minimální
25-30	Nadváha	Lehce zvýšená
30-35	Obezita I. stupně	Vysoká
34-40	Obezita II. stupně	Vysoká
40-50	Obezita III. stupně	Velmi vysoká
50-60	Obezita IV. stupně	Super vysoká
60 a více	Obezita V. stupně	Extrémně vysoká

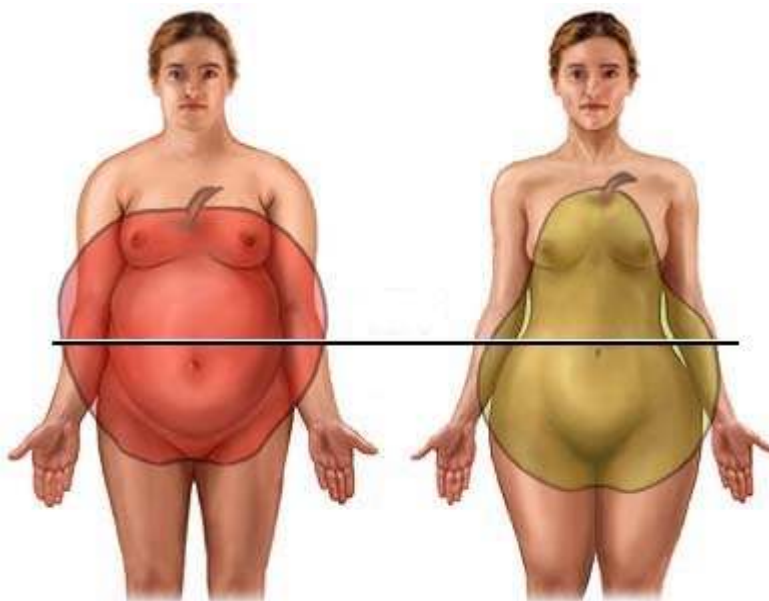
Zdroj: Kasalický, 2007, s. 31

V České republice jsou průměrné náklady na léčbu pacienta s morbidní obezitou 115 000 Kč za rok a stále narůstají se zvyšujícím se počtem přidružených komplikací, zejména metabolických. Na základě dostupných údajů je v České republice v produktivním věku (25 – 65 let) více než 200 000 těžce obézních pacientů, jedná se o obezitu III. stupně a dalšího půl miliónu s II. stupněm obezity. Náklady na zdravotní péči nejsou zdaleka jedinými výdaji. Těžce obézní pacienti jsou častěji nemocní než neobézní, a tak se stávají dříve neschopnými pracovat. Jsou tedy častěji nezaměstnaní a šance si najít zaměstnání je mizivá (FRIED, 2011).

1.3 Typizace obezity

Podíl tuku v těle je určován věkem, pohlavím nebo etnickým charakterem populace (Kasalický, 2007). Fyziologicky je vyšší podíl tuku u žen (do 28 – 30 %) než u mužů (do 23 – 25 %). Hromadění tuku uvnitř břicha je spojeno s větším výskytem metabolických a kardiálních komplikací obezity, jedná se o obezitu viscerální (útrobní) neboli androidní (mužského typu). Vzhledem hromadění tuku v oblasti břicha a hrudníku je označována jako obezita tvaru jablka. U žen se ukládá nejčastěji podkožní tuk na hýždích a stehnech jedná se o obezitu gynoidní (ženského typu) je označována jako obezita typu hrušky (HAINER, 2004).

Obrázek 1 - Typy otylosti podle charakteru rozložení tuku



Zdroj: Životní styl [online]. [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: <http://web.volny.cz/volny-cas/zivotni-styl/clanek/~volny/IDC/158158/Zvolte%20titul>

1.4 Psychosociální důsledky obezity

Psychosociální důsledky obezity bývají často podceňovány jak rodinou, tak i ošetřujícím lékařem, v menší míře obézním nemocným samotným (HAINER, 1997).

Nadměrná tělesná hmotnost handicapuje pacienta nejen v rovině tělesné, psychické, ale také sociální. U žen je na rozdíl od mužů percepce obezity ovlivněna zejména estetickými hledisky. Obézní žena ve světě západní kultury na rozdíl od muže pociťuje diskriminaci v partnerském vztahu a v zaměstnání (HAINER, 2004).

Problémy s postavou a tělesnou hmotností mají velký vliv na společenský život nemocného. Lidé mají velký sklon se izolovat. Tělesný vzhled souvisí velice se sebevědomím. U obézních, kteří jsou nespokojeni se svou postavou a hmotností se dostávají pocity deprese, beznaděje a nedostatek sebedůvěry (MÁLKOVÁ, 2002).

Chceme-li předcházet obezitě, měli bychom znát riziková období pro její rozvoj. Prenatální období kdy podvýživa plodu během nitroděložního vývoje nese riziko

vzniku obezity, DM II. typu, hypertenze v pozdějším věku života, období dospívání, především u dívek, období těhotenství a následné období, období menopauzy, období dospělosti, kdy rozvoj obezity souvisí s okolnostmi, které vedou ke změně jídelních a pohybových návyků (nástup, či změna zaměstnání, založení rodiny, rodinné, pracovní problémy, ukončení vrcholového či rekreačního sportu z důvodu nemoci, pohodlí, nedostatku času, úrazy), období ukončení kouření, období, kdy jsou užívány léky, které ovlivňují tělesnou hmotnost (HAINER, 2003).

2 KONZERVATIVNÍ LÉČBA OBEZITY

Při výběru léčebných metod morbidní obezity je zapotřebí vzít na vědomí věk, stupeň nadváhy, charakter rozložení tuku a přítomnost zdravotních komplikací otylosti. Obezita s BMI >30 je vždy k zahájení léčby. K léčbě obezity je zapotřebí přistoupit komplexně a individuálně. K využití jsou následující metody:

- Nízkoenergetická dieta
- Pohybová léčba
- Behaviorální intervence
- Farmakoterapie

Vždy je v léčbě zapotřebí kombinace diety, pohybové aktivity s behaviorální intervencí. V případě neúspěchu se používá farmakologická léčba. V dnešní době obezitologové doporučují především celoživotní změnu životního stylu se změnou jídelních zvyklostí. Nemocný, který se rozhodne udělat změnu se svou hmotností, by neměl mít pocit utrpení a oběti. Je nutné, aby dietní opatření probíhalo pod lékařským dozorem (KASALICKÝ, 2007).

Aby došlo k úspěšné redukci hmotnosti, je vhodná dostatečná motivace pacienta k jeho léčbě. Pacient bývá motivován k léčbě obezity především ze zdravotních, estetických, společenských důvodů. Lékař, rodina by měli motivaci pacienta posilovat zejména ze zdravotních důvodů (HAINER, 2004).

Konzervativní léčbou obezity se ve větší míře daří redukovat nadváhu průměrně o 10-15%. Při selhání konzervativní léčby obezity přichází možnost léčby chirurgické (KASALICKÝ, 2007).

2.1 Nízkoenergetická dieta

K dietní léčbě obezity je doporučována řada postupů. Základním postupem při léčbě lehčích forem obezity je snižování denního energetického příjmu a navýšení energetického výdaje. Děje se tak nejčastěji omezením množství potravin, kalorickou změnou jídelníčku. Farmakoterapie představuje podpůrnou metodu k omezení příjmu potravin (FRIED, 2005).

Komerční redukční diety, které jsou rozšiřovány mediálními prostředky, zapomínají na behaviorální intervenci. Jsou zaměřeny na jednorázové rychlé zhubnutí beze změn stravovacích návyků. Tyto diety ve větší míře končí poruchou příjmu potravy nebo následným „JO-JO“ efektem. Obézní nemocný dodržováním různých diet zhubne menší nebo větší množství hmotnosti, ale po ukončení diety, většinou velice rychle opět přibere ještě více než původně zhubnul. V dnešní době obezitologové doporučují dlouhodobou léčbu s celoživotní změnou životního stylu, která musí být spojena se změnou příjmu potravy. Vzhledem k tomu, že nadměrný příjem tuku sehrává primární roli v rozvoji obezity, je nutné omezit příjem tuku pod 30% denního energetického příjmu. Tuky je vhodné nahradit bílkovinami nebo sacharidy. Léčba obézních hladovkou se vzhledem k závažným komplikacím dnes již nepoužívá, není doporučována (KASALICKÝ, 2007).

Také konzumace alkoholu přispívá k hromadění tuku v organismu a to zejména v útrobní oblasti. K dalším negativním faktorům, které podporují obezitu zvyšováním energetického příjmu, patří stravování mimo domov, především formou konzumace rychlého občerstvení (fastfood), snížená frekvence příjmu potravy, zejména vynechávání snídaní, a zvětšující se velikost porcí v restauracích (HAINER, 2004).

Podle Málkové *„Nestačí se měsíc omezovat a trochu zhubnout, musíte si zvyknout najít potěšení v jídle a pohybu, potěšení ze svého těla a ze života vůbec“* (MÁLKOVÁ I. 2001, s. 9).

Základem jednodenního stravovacího režimu jsou tři hlavní jídla a dvě svačiny. Doporučuje se každodenní konzumace ovoce, zeleniny, nízkotučných mléčných výrobků. Preference tmavého pečiva před bílým. Dodržování pitného režimu. Příprava potravin vařených, pečených, grilovaných a pečených bez přidávaného tuku, vynechávání smažených jídel. Vhodná je příprava v parním hrnci nebo v horkovzdušné troubě (HAINER, 2011).

2.2 Pohybová léčba

Příčinou sníženého energetického výdeje není to, že méně cvičíme a sportujeme, ale to, že méně chodíme, jezdíme na kole a při práci využíváme techniky, která šetří náš pohyb. Epidemiologické studie prokázaly vliv sedavého způsobu života na nárůst

obezity. Studie ukázaly, že čas strávený u televize, počítače velice souvisí s nárůstem tělesné hmotnosti. Opakem byl pozitivní výsledek snížení hmotnosti u jedinců, kteří při dopravě do školy či zaměstnání využívali chůze, nebo jízdního kola (HAINER, 2004).

Intenzitu a dobu trvání tělesné aktivity je potřeba volit s ohledem na věk jedince, stupeň obezity a přítomnost komplikací. Fyzická aktivita příznivě ovlivňuje zdravotní stav obézního jedince i tím, že:

- Zabraňuje poklesu energetického výdeje při dietní léčbě
- Zvyšuje se mobilizace spalování tuků v tukové tkáni (při cvičení)
- Příznivě ovlivňuje fyzickou zdatnost a pohybové dovednosti
- Zabraňuje úbytku aktivní tělesné svalové hmoty
- Zlepšuje fyzickou zdatnost a pohybové dovednosti
- Příznivě zlepšuje psychiku, potlačuje deprese a úzkosti
- Snižuje chuťové preference tučných jídel
- Pozitivně ovlivňuje adherenci k redukčnímu režimu a jeho dlouhodobou úspěšnost
- Pozitivně ovlivňuje rizikové faktory kardiovaskulárních chorob

Obézním pacientům je doporučováno zvyšování každodenní fyzické aktivity. Ke vhodné pohybové aktivitě patří především chůze, jízda na kole, plavání. Pokud to zdravotní stav dovolí cvičení aerobního charakteru zahrnující džezgymnastiku, kalanetiku, tanec. Mezi nevhodnou pohybovou aktivitu patří poskoky, horská turistika, lyžařský sjezd, vzpírání, hod koulí, kde hrozí přetěžování kloubů a ruptury svalových fascií, kolektivní míčové hry (HAINER, 2011).

Cvičení by mělo být radostí, ne vysilující. Intenzitu cvičení limitujeme tepovou frekvencí v závislosti na věku, zdravotních komplikací (HAINER, 2003).

Pohybová aktivita je spolu s dietním opatřením a behaviorální psychoterapií nezbytnou součástí léčby obezity. Fyzická aktivita, aby měla úbytkový správný efekt, musí trvat minimálně 25-30 minut, jinak dochází jen k vyčerpání zásob glykogenu (KASALICKÝ, 2007).

2.3 Behaviorální intervence

Behaviorální léčba obezity vychází ze zásady, že nevhodné stravovací a pohybové návyky, které mají za následek vznik a rozvoj obezity jsou naučené a tímto je možné se je odnaučit. Nesprávné jídelní chování je ovlivňováno řadou faktorů, které je potřeba rozebrat a následně se pokusit tyto zlozvyky odstranit. Fyziologickým podnětem pro příjem stravy je pocit hladu. U obézních pacientů je tento reflex nahrazen pocitem chuti na některá jídla. Někdy může být důvodem přejídání špatná nálada, stres nebo situace, která příjem jídla podmiňuje. Změny probíhají pomalu a postupně, měly by přetrvat po celý život (KASALICKÝ, 2007).

Tento psychologický přístup k léčbě obezity je neodmyslitelnou součástí komplexní léčby. Jeden ze zakladatelů kognitivně behaviorální terapie obezity profesor Albert Stuart definoval 8 základních přístupů léčby obezity:

- Techniky sebezpozorování - uvědomění si stravovacího chování (pravidelné záznamy jídelníčku s uváděním druhu, množství jídla
- techniky kontrolující - samotný obřad stravování místo příjmu stravy, časová délka konzumace stravy
- techniky aktivní kontroly vnějších podnětů – způsob nákupu potravin, jak odolávat chutím
- techniky sebezpešování - podpora rodiny, přátel, odměna při docílení plánovaného poklesu hmotnosti
- kognitivní techniky - pozitivní myšlení
- relaxační techniky - překonávání stresových situací jinak než přejídáním
- výuka základů výživy - dietetiky, příprava nízkoenergetických jídel
- trénink pravidelné pohybové aktivity

Behaviorální léčba se většinou provádí ve skupinovém sezení v klubech. V obezitologické poradně se provádí individuální nebo skupinová behaviorální terapie. Výhoda skupinové terapie je ve vzájemné podpoře, motivaci a jak nadále setrávat v dietním režimu (HAINER, 2004).

Behaviorální princip v léčbě morbidní obezity byl popisován v roce 1967 Stuartem. Behaviorální terapie obezity vychází z toho, že nesprávné stravovací a pohybové chování se může člověk odnaučit, tak jako se je během života naučil (HAINER, 2011).

2.4 Farmakoterapie

Farmakoterapie obezity je nasazena v případě, selhala-li dosavadní dietní, pohybová a behaviorální terapie, pokud je potřeba pomoci udržet či zvýšit hmotnostní úbytek. Farmaka u léčby obezity se nedoporučují do 18 let věku. Preskripce léčiv ke dlouhodobé léčbě obezity by měla být doporučena obezitologem. Větší úspěšnost farmakoterapie je s kombinací pohybové aktivity a úpravy jídelníčku (HAINER, 2011).

V oblasti farmakologie obezity se používají léky ze tří skupin:

- Anorektika - tyto léky tlumí chuť k jídlu v CNS
- Terigenní farmaka - zvyšující energetický výdej
- Farmaka – ovlivňují vstřebávání tuků ve střevě

Farmakoterapie obezity je určena pro obézní nemocné s BMI >30, nebo pro nemocné s nadváhou I. stupně obezity (BMI >25-30) u kterých se projevují závažné komplikace obezity (KASALICKÝ, 2007).

Dieto farmaka, které se používají k léčbě obezity, mají upravovat, regulovat metabolickou poruchu, která se podílí na obezitě. Mají navodit pocit sytosti. Jiné léky ovlivňují metabolickou poruchu, která se projevuje energetickou neschopností spalovat tuky (MÁLKOVÁ, 2002).

3 CHIRURGICKÁ LÉČBA OBEZITY

Pojem bariatrická chirurgie (z řeckého baros - těžký, objemný) je v poslední době užíván poměrně často. Bariatrická chirurgie je nedílnou součástí komplexní léčby těžce obézních nemocných. Bariatrické operace se staly jedním ze základních a v dnešní době velmi úspěšných léčebných postupů, které nabízí dlouhodobé, efektivní a trvalé váhové úbytky (FRIED, 2011).

Tato chirurgická léčba zažívá v posledních letech nebývalý rozmach. Příčin je několik:

- neustále se zvyšuje procento obézních
- obezita se postupně stala vážným socioekonomickým problémem
- medicína prodělala nebývalý rozvoj nových operačních technik
- objevují se stále nové, pro pacienta méně zatěžující přístupy

V dnešní době mohou být obézní pacienti šetrně operováni laparoskopicky (před 30 lety nebylo vůbec možné z důvodu rizika nezhojení) (HOUSOVÁ, 2008).

Bariatrická léčba prodlužuje jak délku, tak i kvalitu života. Chirurgický výkon je důležitá prevence a léčba závažných přidružených chorob spojených s obezitou. Nejedná se o kosmetickou nebo estetickou chirurgii na objednávku nemocného. Na indikaci k bariatrické léčbě by se měli podílet, alespoň tito zdravotní specialisté:

- Internista-obezitolog, (dietolog, endokrinolog)
- klinický psycholog zkušený v oboru obezitologie
- nutriční terapeut, dietolog
- specializovaný bariatrický chirurg

V současnosti jsou nejčastěji používané výkony u morbidně obézních nemocných metody, které vedou:

- k omezení energetického příjmu (např. žaludeční bandáž)
- k navození malabsorbce (např. biliopankreatická diverze)
- metody kombinované (Roux-Y žaludeční bypass)

Cílem výkonů je zmenšení objemu přijímané stravy, nebo zmenšení plochy resorpce živin ze střeva jeho vyřazením, nebo kombinací obou výkonů (KASALICKÝ, 2007).

3.1 Vývoj bariatrické chirurgie

Přínos chirurgické léčby obezity je od poloviny dvacátého století nepopíratelný, stále se více využívá možností laparoskopické miniinvazivní techniky. Počátky chirurgické léčby obezity spadají do období padesátých let dvacátého století. V roce 1952 Henrikson poprvé provedl částečnou resekci tenkého střeva. V roce 1957 Payne Scott provedl jejunoileální bypass, kterým redukoval délku tenkého střeva na 45cm. V roce 1966 Mason začal provádět metodu gastrický bypass (GBP). Tato metoda byla oblíbená za svoji efektivitu u redukce hmotnosti (KASALICKÝ, 2007).

Koncem sedmdesátých let provedl Scopirano další bariatrickou operaci tzv. biliopankreatickou diverzi, jejímž principem je resekce distální části žaludku a rozdělení tenkého střeva ve tvaru Y kličky. Tento výkon se provádí pečlivě vybraným pacientům (FRIED, 2005).

V roce 1978 Wilkinson vypracoval zjednodušenou verzi gastroplastiky tzv. gastrickou bandáž. V současnosti jsou k dispozici okolo deseti různých typů gastrické bandáže. K rozvoji přispěl kolektiv 1. chirurgické kliniky vojenské fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, kdy v roce 1992 pod vedením lékaře Frieda byla provedena jako první na světě gastrická bandáž laparoskopicky. V roce 1979 Wilkinson se pokoušel použít do praxe gastrické silikonové balóny. Intrastrický balón je zaváděn do žaludku o objemu cca 500ml. Tyto silikonové balóny jsou plněny vzduchem nebo fyziologickým roztokem. Je vhodné roztok obarvit metylénovou modří, z důvodu prasknutí balonku je nemocný ihned upozorněn zbarvením moče. Tato metoda je indikována jen u rizikových pacientů, na dobu 3-6 měsíců s normální přípravou jako u ostatních bariatrických operací (Kasalický, 2007).

V současnosti se tato metoda využívá u rizikových pacientů krátkodobě na dobu 3-6 měsíců s normální přípravou jako u ostatních výkonů. Tyto balóny se zavádějí i odstraňují ambulantně gastrofibroskopicky (KASALICKÝ, 2007).

Druhá etapa rozvoje miniinvazivní laparoskopické metody spadá do roku 1987 francouzským chirurgem Phillip Mouret poprvé provedl laparoskopickou cholecystektomii. V Česku byla první tato operace provedena v roce 1991. Od roku 1996 se v oblasti miniinvazivní chirurgie začaly používat hlasem ovládané robotické systémy, provádějící jednoduché pohyby. V roce 1998 byl poprvé použit systém ovládaný chirurgem na dálku, neomezený pohyb robotické ruky. V současnosti se tyto systémy využívají i v Česku (KASALICKÝ, 2007).

V roce 1992 Cigaina začal používat novou metodu elektrostimulaci žaludku. Tato metoda je založena na faktu, že ve svalovině žaludku probíhají elektrické impulzy. Tato metoda je stále ještě ve stádiu klinických zkoušek. Metoda se provádí způsobem, že se laparoskopicky implantují stimulační elektrody do stěny žaludku (KASALICKÝ, 2011).

Tubulizace žaludku Sleeve – výkon spočívá v resekci podstatné části žaludku podél jeho velkého zakřivení. sleeve tzv. gastrektomie se používá již jako samostatná metoda. Mezi nejnovější současné bariatrické metody patří plikace žaludku. Po velké redukci hmotnosti s odstupem alespoň 2 let přichází na řadu tzv. abdominoplastika. Upravují se převislé kožní laloky na břicho nebo končetinách (KASALICKÝ, 2007).

Tyto operace nemají jen estetickou, psychologickou roli, zejména u žen, kterýmž se podařilo výrazně zhubnout a udržet si tak váhový úbytek a pro něž velký kožní převis znamená velký handicap. Je to také i zdravotní role, kdy mohou zabránit především chronickým mykotickým onemocněním (HAINER, 2004).

3.2 Druhy bariatrických výkonů

Bariatrická chirurgie představuje ověřenou a hlavně účinnou metodu léčby morbidní obezity. Ideální výkon by měl být především účinný jednoduchý a přitom bezpečný. Současně by měl být i finančně dostupný. Velké množství výkonů, které byly zavedeny do praxe za posledních 30 let, svědčí o tom, že ideální výkon pro morbidní obezitu zatím neexistuje. Gastrická sleeve-tubulizace žaludku a gastrická bypass mají v současnosti v bariatrické chirurgii významné postavení. V dnešní době se používá široká škála bariatrických výkonů, které se liší podle individuality nemocného, tak

podle zaměřených pracovišť vývoje a zkušeností s chirurgií obezity v jednotlivých zemích Evropy a USA a také podle sociálně-ekonomické situace. V Evropě převažují restriktivní výkony. V USA se poměr restriktivních a malabsorpčních výkonů téměř obrácený. V současnosti neexistuje mezinárodní ani národní doporučení o vhodných indikačních metodách výkonů pro obézní pacienty (FRIED, 2005).

Druhy bariatrických výkonů lze dělit do tří skupin:

- Do první skupiny patří **restriktivní výkony**, jejichž podstata je poměrně jednoduchá. Zmenšením objemu žaludku se sníží celková kapacita. Proto při příjmu i menšího množství potravy se dostaví rychlejší pocit nasycení. Pacient netrpí pocitu hladu jako při běžných dietách a tím snadněji redukuje svou hmotnost. Mezi restriktivní výkony patří tubulizace žaludku – Sleeve (SG), gastrická bandáž (GB) a plikace žaludku (LGCP).
- Další skupinou jsou **malabsorpční výkony**, které omezují vstřebávání stravy, do krevního řečiště změnou a zmenšením vstřebávací plochy tenkého střeva. Hlavním výkonem je biliopankreatická diverze (BPD). Tato metoda patří k bariatrickým výkonům s největšími trvalými hmotnostními úbytky.
- Poslední skupinou jsou **kombinované výkony**, které kombinují restriktivní a malabsorpční principy. Mezi tyto výkony patří gastrický bypass v různých modifikacích (GBP) (FRIED, 2011).

O vhodném typu výkonu pro pacienta rozhoduje bariatrický chirurg vždy s ohledem na klinický obraz nemocného. Nejčastěji prováděné výkony jsou:

- Bandáž žaludku (neadjustabilní, adjustabilní)
- Gastrický bypass
- Biliopankreatická diverze
- Plikace žaludku
- Tubulizace žaludku (KASALICKÝ, 2007).

3.2.1 Bandáž žaludku (AGB)

Adjustabilní bandáž žaludku (AGB) patří k restriktivním výkonům, při němž se laparoskopicky zavede kolem žaludku nastavitelná silikonová manžeta, jejíž vnitřní část je tvořena měkkým balonem. Hlavní podstatou působení bandáže je snížení kapacity žaludku jeho zaškrcení do tvaru nesymetrických přesýpacích hodin. Horní malá část

žaludku přijme pouze malé množství potravy, navíc se rychle naplní a pacient má rychlý pocit nasycení. Po tomto výkonu nedochází k ovlivnění absorpce (vstřebávání) živin, poněvadž operace nikterak neomezuje trávení v tenkém, nebo tlustém střevě. Zaškrcení žaludku je možno pooperačně ovlivňovat tzv. adjustací., kdy se dá upravovat velikost naplnění balonu manžety tekutinou (fyziologickým roztokem). Adjustace se využívá v závislosti na pocitech hladu či sytosti a na redukci váhy. Tato úprava se provádí ambulantně (FRIED, 2011).

Tento operační výkon je velice šetrný, neboť žaludek není narušen řezem. Po zavedení bandáže žaludku se nemění proces trávení a vstřebávání potravy. Tato operace je plně návratná, bez následků lze odstranit. Patří mezi nejbezpečnější výkony, záleží na operační technice typu použité bandáže a z velké části na pooperační schopnosti nemocného spolupracovat a respektovat patřičná doporučení, která tento výkon přináší. AGB v pooperačním období vyžaduje od nemocného daleko větší stravovací disciplínu a spolupráci. Z dlouhodobého hlediska se u AGB vyskytuje nejvíce komplikací, případně opětovného nárůstu hmotnosti (KASALICKÝ, 2011).

Obrázek 2 – Gastrická bandáž



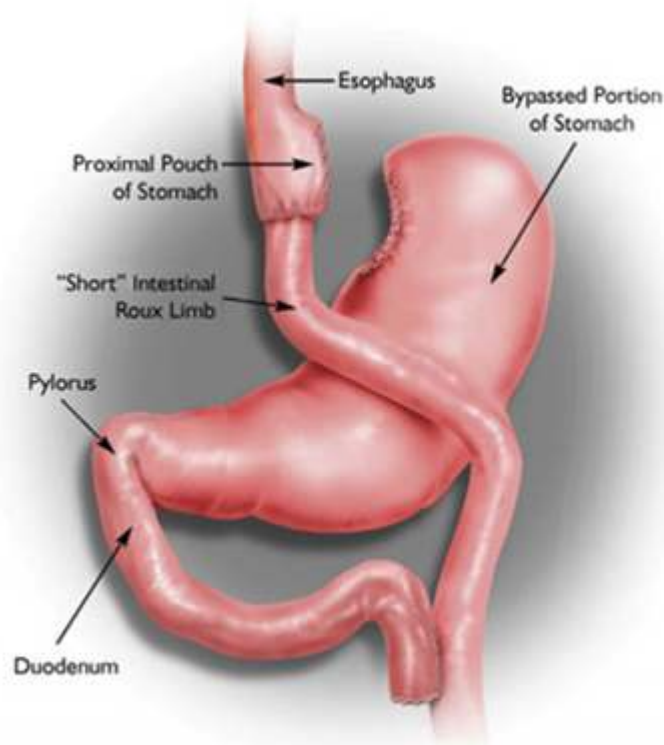
Zdroj: <http://www.bandingklub.cz/bandaz-zaludku.phtml>

3.2.2 Gastrický bypass en Y (RYGBP)

Dostí používaným typem je **Gastrický bypass en Y**, (RYGBP), což znamená, že tenké střevo je přerušeno a sešito do tvaru písmene „Y“. Operačně se zmenší žaludek. Zbýlý žaludek se ponechá v dutině břišní. Jedním ramenem přitéká žluč s trávicími

pankreatickými enzymy a druhým ramenem se přivádí požitá strava ze zmenšeného žaludku do třetího společného ramene, kde se po smíchání stravy s trávicími enzymy dochází ke vstřebání živin, minerálů, vitamínů. Část tenkého střeva je z absorpce vyřazena. Dochází k výraznější malabsorbci a tím i ke většímu váhovému úbytku. Pooperační režim se vcelku neliší od režimu po tubulizaci žaludku. Větší důraz musí být však kladen na příjem vitamínových a stopových prvků, zejména vitamínu B12 a železa (FRIED, 2005).

Obrázek 3 – Gastrický bypass



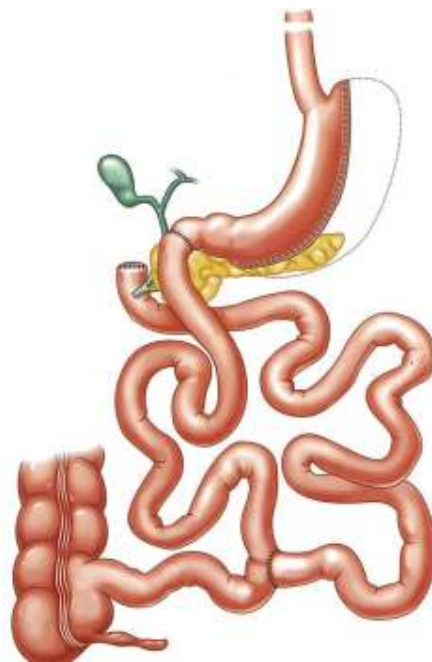
Zdroj: <http://www.bandingklub.cz/gastricky-zaludecni-bypas.phtml>

3.2.3 Biliopankreatická diverze (BPD)

Jedná se výkon malabsorpční, snižující především trávení v oblasti tenkého střeva. Tento výkon je kombinací dvoutřetinové resekce žaludku a extenzivního jejunoileálního bypassu. Tento výkon je technicky nejsložitější a z celosvětového hlediska se provádí pouze 7% ze všech bariatrických operací. Při tomto výkonu je žaludek resekován 2/3 z důvodu snížené tvorby žaludeční kyseliny a omezení přísunu velkých porcí potravy najednou. Dále se přerušuje tenké střevo a jeden jeho konec se napojuje na zmenšený žaludek, aby se umožnilo odvádění potravy do trávicího traktu.

Z procesu je vyřazeno současně 70% délky tenkého střeva. Po biliopankreatické diverzi (BPD) se potrava tráví v 100cm úseku „společné“ kličky tenkého střeva. Taková operace sníží kromě absorpce živin také vstřebávání kalorií. Váhová redukce je největší ze všech bariatrických operací, z důvodu nejvýraznějšího stupně malabsorpce. Pacienti mohou jíst větší množství potravy. Nevýhodou je řídká zapáchající stolice několikrát denně, Postupem času se frekvence snižuje, nutné jsou celoživotní kontroly metabolického stavu (MULLEROVÁ, 2009).

Obrázek 4 - Biliopankreatická diverze (BPD)



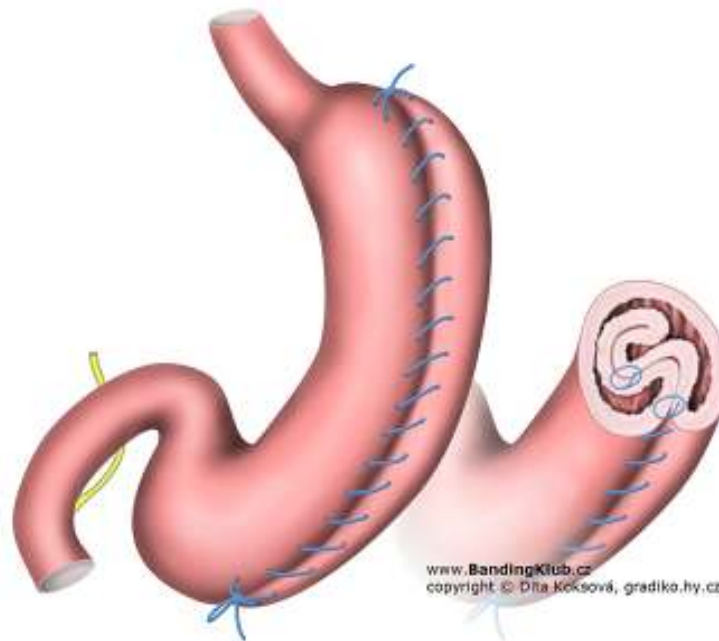
Zdroj: Fried, 2011, s. 63

3.2.4 Plikace žaludku (LGCP)

Laparoskopická plikace žaludku (LGCP) je v podstatě nejnovější prováděnou bariatrickou metodou. Tato operace nevyžaduje resekci žaludku nebo jiné části zažívacího traktu, vyřazení jeho části z pasáže potravy ani implantaci cizího materiálu. Princip operace spočívá v uvolnění velkého zakřivení žaludku a následné tzv. zavinutí. Velká křivina se zanořuje, vmáčkne dovnitř do prostoru žaludku a podélně je sešívána nevstřebatelnými stehy. Tím se zmenší velikost žaludku. Je tedy v porovnání s jinými operacemi mnohem šetrnější a riziko komplikací patří k nejnižším ze všech bariatrických operací. Je vysoce účinná z hlediska váhového úbytku. Operace je reverzibilní, tj. v případě nutnosti je možné ji laparoskopicky zrušit a nemocnému vrátit

plnou funkci trávicího traktu. Průměrná doba operace se pohybuje kolem 70 minut. Délka hospitalizace pacienta po operaci je 3dny. Výskyt pooperačních komplikací je zatím velmi nízký (FRIED, 2011).

Obrázek 5 -Plikace žaludku (LGCP)



Zdroj: <http://www.bandingklub.cz/plikace-zaludku.phtml>

3.3.5. Tubulizace žaludku – Sleeve gastrectomy (SG)

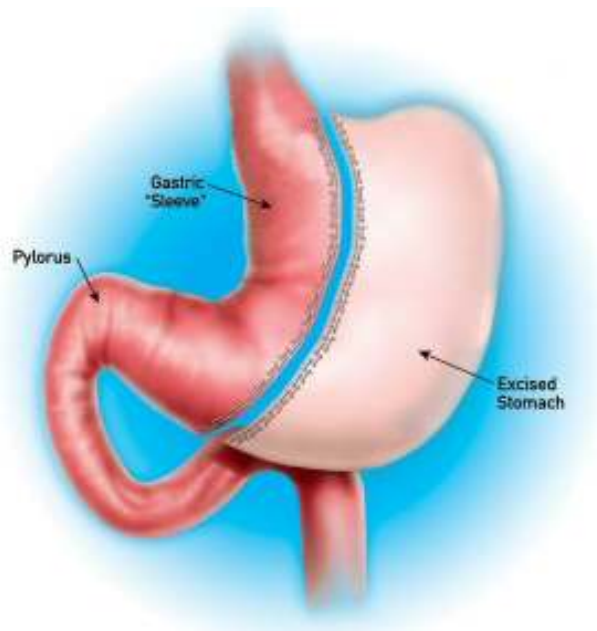
Název „*sleeve*“ - rukáv. Jedná se o bariatrickou restriktivní metodu, která vychází z malabsorbční metody duodenálního switchu. Od roku 2003 se na mnoha pracovištích začala používat jako samostatná chirurgická metoda v léčbě morbidní obezity. Chuť na sladké nebo dobré jídlo, nemá možnost tato metoda nikterak ovlivnit (KASALICKÝ, 2007).

„Tato operace je více, či méně jakousi berličkou, která pomáhá nemocnému držet redukční dietu bez pocitu trýzněného hladu.“ Tubulizace žaludku chirurgická léčba obezity, KASALICKÝ, M. 2007, s. 55).

Principem této metody je odstranění 60-80% žaludku podél jeho velkého zakřivení se zachováním pyloru. Vznikne tak zmenšený, *tubulizovaný* žaludek

v podobě košilového rukávu. Jde o zmenšení objemu žaludku, který pojme jen menší množství potravy a navodí tak rychlý pocit sytosti (MULLEROVÁ, 2009).

Obrázek 6 - Tubulizace žaludku



Zdroj: <http://www.llc.cz/tubulizace-zaludku-nejnovejsi-chirurgicky-zakrok-v-boji-s-nadvahou-news-25.html>

Na váhovém úbytku se tedy podílejí i změny hormonální. V resekované části žaludku (v oblasti fundu) je produkován hormon ghrelin, který je popisovaný jako „*hormon hladu*“. Po tubulizaci žaludku koncentrace hormonu klesá a v souladu s tím pacienti mají menší pocity hladu. Tento stav jim umožňuje velmi snadno nový stravovací režim s malými porcemi jídla. Tubulus je tzv. „*brzda*“ po snědení většího množství jídla se dostaví tlak až bolest a pacienta donutí jídlo přerušit. Proto konzumace jídla je v malinkých dávkách, na které si musí pacient zvyknout.

Nespornou výhodou tubulizace žaludku je:

- Objem žaludku je zmenšen o 2/3, (kapacita - 120ml), funkce zůstává nezměněna.
- Povolená je konzumace různorodé stravy, ale jen ve velmi malém množství.

- Produkce gastrointestinálního „*hladového*“ hormonu ghrelinu se výrazně snižuje.
- U pacientů se nevyskytuje dumping syndrom, z důvodu zachování funkce pyloru.
- Nemocný není nositelem žádného implantátu.
- Je nízká možnost vzniku vředové choroby žaludku.
- Po tubulizaci žaludku se nevyskytuje osteoporóza, anémie.
- Nemocný po operaci nevyžaduje žádnou adjustaci.
- Po laparoskopické operaci je rychlá rekonvalescence.
- Tubulizace je vhodná u extrémně morbidních pacientů.
- V případě nedostatečné redukce nad hmotnosti je možné pacientovi provést konverzi.

Sleeve Gastrectomy na malabsorpční výkon duodenálního switchu nebo Roux-Y gastrického bypassu (KASALICKÝ, 2011).

Nevýhodou je právě to, že tempo hubnutí není regulovatelné a při dalším přejídání je možné žaludek roztáhnout opět do formy vaku. Tělesná hmotnost by se tak v tomto případě opět navýšila. Záleží na disciplinovanosti pacienta. Tubulizace má poněkud větší riziko než žaludeční bandáž, avšak rozhodně menší, než maloabsorbční výkon. Současné vynikající klinické výsledky při redukci nadváhy jsou velkou nadějí pro obézní pacienty do budoucnosti. Nemocní redukuje váhu po operaci v průměru 60-70% své předoperační hmotnosti. I přes nízký počet komplikací a relativně nízkou náročnost na ambulantní péči vyžaduje tento výkon pacientovu výraznou spolupráci (KASALICKÝ, 2007).

Indikace k tubulizaci žaludku

Chirurgická léčba obezity by měla být vždy indikována za 6-12 měsíců po sledování pacienta u obezitologa a který prokázal, že je schopen dodržovat dietní a režimová opatření. Je zásadou, aby pacient pochopil, jaké výhody a jaké omezení jej po chirurgickém zákroku čekají. Je velice vhodné, umožnit adeptovi bariatrického výkonu kontakt s pacienty, kteří již jsou po operaci. Velmi důležité je také, aby byl pacient po operaci nadále sledován obezitologem, nejen bariatrickým chirurgem. Po operaci je zcela zásadní dodržování všech dietních a režimových opatření a aby byla adekvátně upravována léčba dalších přidružených nemocí (např. snížení léčby

u hypertenze, nebo DM II. typu) Prvotním cílem bariatrické chirurgie není váhový úbytek a možný kosmetický efekt, ale především jde o léčbu a prevenci ohrožujících komplikací obezity (KASALICKÝ, 2011).

Díky tomu, že neexistuje ideální chirurgická metoda léčby obezity, jsou stále inovovány stávající bariatrické metody. Jedna z nejnovějších používaných metod je tubulizace žaludku sleeve. Pro tuto metodu jsou vhodní ti pacienti, kteří:

- Nemohou z různých důvodů podstoupit adjustabilní bandáž žaludku. (předpoklad špatné spolupráce pacienta).
- Podle Kasalického „*Morbidně obézní pacienti s BMI > 60 s vážnými komorbiditami jsou indikováni k tubulizaci jako k prvnímu kroku dvoufázové operace typu DS nebo RYGBP.*“ (KASALICKÝ, M. 2007 s. 59).
- U kterých selhala konzervativní léčba s BMI > 40.
- S (BMI > 35), kde jsou spojeny s vážnými problémy pohybovými, oběhovými a metabolickými.

Nutnou součástí indikace je poučení, tzv. edukace nemocného o tom, že tento výkon sám o sobě nevede k redukci hmotnosti, ale že je nutná spolupráce pacienta dodržování dietních opatření po operaci. Nemocní musí být motivováni k této léčbě, dále musí být dostatečně informováni o pozitivních i negativních důsledcích této léčby. Stejným způsobem jak u ostatních bariatrických výkonů, tak i tubulizace žaludku indikaci k operaci provádí zkušený tým specialistů jako je internista - obezitolog, psycholog a chirurg specializovaný pro bariatrii. Operačnímu výkonu musí předcházet klinické, laboratorní a endokrinologické vyšetření. Dále pak psychologické vyšetření k posouzení, zdali je pacient schopen dodržovat pooperační nařízení a možnosti spolupráce. Dále je potřebný rentgen žaludku a gastrokopie k vyloučení onemocnění žaludku, jícnu nebo velké hiátové hernie. Dalším vyšetřením je spirometrie a sonografie žlučníku k vyloučení cholecystolitiázy. Pokud je přítomna, provádí se při tubulizaci žaludku cholecystektomie z důvodu prevence potíží (KASALICKÝ, 2007).

Kontraindikace tubulizace žaludku

Všichni bariatrickí pacienti, kde je zvažována operace, musí mít realistický náhled na možnosti operačního výkonu a její metodě porozumět. Neměli by očekávat nereálné cíle. V některých případech, kdy dojde ke špatné spolupráci pacienta s operační metodou, může dojít i k poškození zdraví. Mezi hlavní kontraindikace bariatrické operace tubulizace žaludku patří porucha dietního chování bulimia nervosa.

Dále jsou to další přidružená onemocnění, která ohrožují nemocného nezávisle na obezitě:

- kardiální, hepatální a renální selhávání
- neovlivnitelná hypertenze
- maligní onemocnění
- imunitní poruchy
- systémová onemocnění
- pokud se pacient nepodrobil žádnému způsobu léčby obezity, nemá být operován až po 3 - 6 měsíčním období konzervativní léčby obezity
- psychózy, mentální retardace
- drogová závislost, abúzus alkoholu
- nemožnost adekvátní péče o sebe samého
- větší hiátová kýla (pokud není kýla větší než 2cm, není endoskopicky prokázána refluxní choroba jícnu, pacient nemá potíže, je možné operaci provést.
- znatelně možná nespolupráce nemocného

pokud pacient neredukuje svou tělesnou váhu o 5% před operací, důvodem je hypertrofie a monstrózní steatóza levého jaterního laloku (dojde tak ke zlepšení laparoskopického přístupu v době operace (KASALICKÝ, 2011).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA PŘED A PO BARIATRICKÉ OPERACI

Práce sestry je náročná z hlediska předoperační, perioperační i pooperační péče, sestra musí s pacientem zvládat jeho úzkosti, obavy.

4.1 Předoperační péče

Hlavním úkolem předoperační přípravy je snížení rizika operačního výkonu na minimum a zabránění možným komplikacím. Operační výkony se dělí na plánované, urgentní a neodkladné z vitální indikace. Riziko je ovlivněno obtížností operace, celkovým zdravotním stavem pacienta (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Dlouhodobá příprava:

Předoperační péče začíná, jakmile je pacient indikován k operaci. Z pohledu sestry je pro bezproblémové ošetřování pacienta pečlivá předoperační edukace jak pacienta, tak eventuelně rodinných příslušníků. Ti by měli být poučeni, co lze v pooperačním období očekávat a čím přispět k hladkému průběhu ošetřování (FRIED, 2011).

O chirurgické léčbě rozhoduje indikační komise ve složení bariatrický chirurg, obezitolog, internista, klinický psycholog a anesteziolog. K vyloučení vředové choroby, erozí, zánětu žaludku je zapotřebí provést gastrokopické vyšetření žaludku. Pokud se zjistí u pacienta zánět je přeléčen antibiotiky. K dalším vyšetřením patří spirometrie, kde se posuzuje dechová kapacita plic, která je důležitá v pooperačním období. Důležitá je změna životního stylu. Pravidelně se sleduje tělesná hmotnost, BMI. Podmínkou operace je redukce tělesné hmotnosti 5% z důvodu zmenšení velikostní jater. Tím se zlepšuje laparoskopický přístup bariatrického chirurga při operaci. Pokud pacient neredukuje váhu, operace neproběhne. Velice nutným a nepostradatelným je psychologické vyšetření, které nám posoudí, zda pacient je schopen dlouhodobé spolupráce při změnách a udržování životního stylu. Po zvládnutí všech nutných již zmíněných předoperačních vyšetřeních, která pacient absolvuje, je již možné vidět odhodlání a vytrvalost s jakou k tomuto výkonu přistupuje. Zapotřebí je upravit léčbu chronických onemocnění a tím snížit riziko operace. Tyto informace se probírají předem při ambulantní návštěvě pacienta i v době nástupu do nemocnice. Po potřebném

vyšetření a pečlivé indikaci bariatrického pacienta s SG a po jeho dostatečné srozumitelné edukaci se příprava k laparoskopické operaci nikterak neodlišuje od ostatních výkonů (KASALICKÝ, 2007).

Výsledky interního vyšetření nesmí být starší 14 dnů před plánovanou operací. Patří k nim EKG, rentgenové vyšetření srdce a plic, klinické a laboratorní vyšetření.

Krátkodobá příprava:

Doba krátkodobé přípravy je omezena na 24 hodin před samotnou operací, patří zde:

1. Fyzická příprava
 - výživa a tekutiny
 - vylučování
 - hygienická péče
 - příprava operačního pole
 - spánek a odpočinek
 - cennosti a protetické pomůcky
 - prevence tromboembolické nemoci
2. Anesteziologická příprava
3. Psychická příprava (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Hlavními úkoly sestry v předoperačním období je seznámit pacienta s ošetrovatelskými intervencemi, které jsou důležité pro předoperační a pooperační období. Informace, které sestra podává, se týkají především problematiky bolesti a jejich tlumení, hygienické péče, operační rány, invazivních vstupů, možných vedlejších účinků anestézie jako je nauzea a zvracení. Dále pak problematiky vyprazdňování jako je zácpa, plynatost, permanentní močový katétr. Důležitou informací je otázka včasné rehabilitace. Pozornost musí také věnovat otázkám sexuálního života pacienta. Ne však každý pacient má zájem o této problematice hovořit a je zde na místě to respektovat.

Správně edukovaný pacient dobře spolupracuje a následná rekonvalescence se pak většinou obejde bez problémů. Sestra by edukaci neměla nikdy podceňovat, protože čas strávený s pacientem se pak později ošetrovatelskému personálu dvojnásobně vrátí (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Operatér by měl věnovat dostatek prostoru k tomu, aby srozumitelně vysvětlil princip operace. Pacient by měl porozumět jak základnímu operačnímu postupu s jeho následky na organismus, možnými operačními i pooperačními komplikacemi, tak i změně životosprávy po operaci i z dlouhodobého hlediska (FRIED, 2005).

Sestra je nepostradatelnou součástí edukace přímo již v ambulanci bariatricie. Spolu s lékařem musí vytvořit atmosféru jistoty, že oba věci rozumí a také stav respektu a lidské důstojnosti pacienta. Důležité je pacienta informovat o průběhu a délce hospitalizace, předoperační přípravě a v neposlední řadě o tom, co jej čeká v pooperačním období. Je kladen velký důraz na pooperační režim. Zde je vhodné si získat důvěru pacienta, rozvinout potřebnou komunikaci a získat potřebnou důvěru. Lékař i sestra by se měli vyvarovat při výkladu latinské terminologii, mluvit srozumitelně, aby pacient vše správně pochopil. Potřebná je vzájemná komunikace s nasloucháním obou stran, potřeba pacientovi vstřícně zodpovídat všechny další případné dotazy. Správně edukovaný pacient dobře spolupracuje a následná rekonvalescence se pak většinou obejde bez problémů. V některých případech, kdy je pacient na pochybách, má pocit strachu je vhodné, aby sestra seznámila pacienta s pacientem, který je již po operaci a může tak předat své pocity, dojmy a zkušenosti. Zbaví se tak možných obav a případného strachu. Sestra si je vědoma, že operace je jednou z nejvíce stresujících situací v životě člověka, proto působí na pacienta výchovně, taktně (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Spolupráce operanta s lékařem je samozřejmostí. Den před operací je pacient přijímán na standardní chirurgické oddělení. Sebou musí mít patřičná předoperační - interní, předanesteziologické vyšetření. Potřebný je podepsaný souhlas pacienta s operačním výkonem. Od večera již pacient nic nejí a od půlnoci nesmí pít ani kouřit. Důležitý je odpočinek a kvalitní spánek před operací. V den operace sestra připraví pacienta k operaci, provede se celková hygiena s důrazem na kožní řasy + oholení operačního pole. Velký důraz se klade na prevenci tromboembólie. Použití elastických kompresivních punčoch je zcela nezbytné. Sestra nemocnému aplikuje dle ordinace lékaře nízkomolekulární Heparin, v jeho podávání se pokračuje až do plné mobility, dále pak aplikuje premedikaci dle anesteziologa. Zajištění venózního přístupu je samozřejmostí každého operačního výkonu (KASALICKÝ, 2007).

Pacient je sanitářem převezen na sál, předává se veškerá zdravotní dokumentace. Bezprostřední předoperační příprava: 2 hodiny před operací kontrola dokumentace, operačního pole pacienta, kontrola chrupu, lačnění, vyprázdnění, aplikace premedikace 30minut před odjezdem na sál dle ordinace anesteziologa (SLEZÁKOVÁ, 2010).

4.2 Informovaný souhlas pacienta s operací

Každý léčebný, preventivní i diagnostický zákrok je zásahem do integrity osobnosti nemocného. Proto je vždy nutné, aby s tímto zásahem vždy souhlasil. *„Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanovuje, že zdravotnický zákrok lze provést pouze poté, co k němu udělila svobodný a informovaný souhlas osoba, které se výkon týká. Dle vyhlášky č. 98/2012 Sb. – vyhláška o zdravotnické dokumentaci stanovuje, že vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat.“* (Zákon 372/2011 §28 Sb., o zdravotnické dokumentaci.)

Bez souhlasu nemocného lze provést potřebná vyšetření či lékařské zákroky:

- jedná-li se o nemoci, které jsou povinné léčbě
- jedná-li se o duševně nemocnou osobu
- jedná-li se o intoxikaci
- jedná-li se o nemocného, u kterého nelze vzhledem ke zdravotnímu stavu vyžádat souhlas a jde o neodkladný zákrok nutný k záchraně života či zdraví nemocného (VONDRÁČEK, 2005).

Za kvalitu a potřebný rozsah informací, které jsou poskytovány pacientovi, zodpovídá ošetřující lékař. Před písemným informovaným souhlasem předchází ústní prezentace informací. Ústní forma má být jednoduchá, aby pacient pochopil obsahu zdělovaného. Písemná forma je naopak podávána v odborném jazyce. Písemný informovaný souhlas bývá někdy nazýván pozitivním reversem. Reverz je písemné prohlášení, které musí být vlastnoručně podepsané pacientem, nebo zákonným zástupcem. Pozitivní reverz je především prostředkem vůle pacienta s náležitým poučením. Nechrání však lékaře před chybou, ale chrání ho, že byl dostatečně poučen o daném zákroku. Informovaný souhlas podává každý dospělý a právně způsobilý jedinec. Osoby nezletilé, duševně nemocné zastupují rodiče, zákonní zástupci. Příbuzní

mohou být informováni, jen pokud s tím pacient souhlasí. Pacient může kdykoliv souhlas o poskytování informací určité osobě změnit nebo odvolat. Zákon pamatuje i na to, když si pacient nepřeje, aby byla informována jeho rodina (HAŠKOVCOVÁ).

4.3 Perioperační péče

Perioperační sestra-instrumentářka plánuje a řídí ošetrovatelskou péči na operačním sále u pacientů před operací, v průběhu operace i po provedeném operačním výkonu v rámci operačního sálu. Před každou edukací se perioperační sestra seznámí nejprve s dokumentací pacienta, v níž nalezne potřebné informace. Podstatné je seznámení se s anamnézou nemocného, podle které je třeba přizpůsobit rozhovor. Mnoho lékařů si stále ještě myslí, že sestra na operačním sále je pouze tichý společník lékaře operátora a její role je v podávání chirurgického instrumentária, popřípadě asistování při operačních výkonech. Sestra na operačním sále byla dlouhá léta brána pouze jako část chirurgického týmu, bez jakéhokoliv bližšího styku s pacientem. Role perioperační sestry postupem let prošla výraznými změnami. I perioperační sestra musela projít inovačním vývojem a přijmout novou roli. Ta nastává se zavedením ošetrovatelského procesu na operační sál. Sestry na sálech již pochopily, že ošetrovatelský proces na operačním sále je důležitý vývojový proces, který má tvořit onu pomyslnou cestu k osobnějším přístupům k pacientovi. Tímto procesem na operačních sálech dochází ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Pro většinu nemocných je operační sál jakési tabu, velkou neznámou. Každý pacient rád uvítá patřičné informace z operačního traktu, jelikož nemá strach pouze z operačního výkonu samotného, ale rovněž z neznámého prostředí, ve kterém se nachází. Jestliže je pacient vhodně informován - edukován o okolnostech, které ho čekají s nastávajícím operačním výkonem, je možné tyto nežádoucí, nepříjemné pocity snížit. Každého člověka je nutno brát jako individualitu, proto i informace, které mu jsou podávány, musí směřovat k jeho požadavkům. Perioperační sestra neprobírá s pacientem samotný operační výkon, ten je v kompetenci lékaře, ale informuje jej o organizačních věcech na operačním sále, které se dějí v den operace v rámci ošetrovatelské péče. (MATLOCHOVÁ, 2012) (CHMELÍKOVÁ, ŠILHARTOVÁ, 2008).

4.4 Pooperační péče

Chceme-li uskutečnit pacientovi operaci, musíme zajistit i náležitou pooperační intenzivní péči. Po operaci je pacient převezen na pooperační MD - JIP, kde prioritním úkolem sestry je ošetřování a sledování zdravotního stavu, jeho vývoj, aplikace ordinovaných léčebných prostředků a provádění specializované zdravotní péče. Měří pacientovi v pravidelných intervalech krevní tlak, puls, dechovou frekvenci, saturaci kyslíku, tělesnou teplotu, bilanci tekutin. Kontroluje obvazové krytí operačních vstupů a zjišťuje, zda nekrvácejí (FRIED, 2011).

Podle vyhodnocení škály bolesti je podávána dle ordinace lékaře analgická léčba. Sestra sleduje nauzeu, zvracení, močení, odchod plynů. Z důvodu zákazu příjmu tekutin v den operace je nutná péče o dutinu ústní, podávání parenterální výživy, sledování bilance tekutin (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Dle ordinace lékaře provádí sestra kontrolní krevní odběry. V ošetrovatelské péči v tom sestře napomáhají zdravotničtí asistenti ošetrovatelky, fyzioterapeuti. Jde o pomoc při hygieně, polohování, převazy, masáže, dechová cvičení, cvičení s končetinami a včasná rehabilitace chůze (Vomela, 1998).

První pooperační den je u pacienta provedena rentgenologicky pasáž žaludku vodnou kontrastní látkou, aby byl vyloučen únik v oblasti sutury resekční linie. Pokud je rentgenové vyšetření v pořádku, může pacient začít přijímat čaj po malých doušcích. V případě úniku by byla nezbytná časná reoperace a ošetření. Tento výkon se provádí opět laparoskopicky. Odstranění drénu z břišní dutiny se provádí taktéž v prvním dni po operaci, pokud je jeho odvod minimální. Poté je pacient přeložen na standardní oddělení chirurgie. Nácvik chůze u morbidně obézních pacientů je někdy rizikový jak z hlediska fyzické náročnosti pro sestry, tak i pro samotného pacienta - nebezpečí pádu. První den po operaci je vhodná rehabilitace chůze zatím jen u lůžka (FRIED, 2011).

Délka hospitalizace je 5 dnů od operace. Pacienti bývají propuštěni do domácího ošetření, jakmile se obnoví činnost zažívacího traktu a dobré toleranci tekuté stravy. Prvních 5 dnů jsou na čajové dietě, poté přechází na tekutou stravu. Doporučuje se ponechat pacienta po SG na tekuté stravě 30 dní, aby proběhlo bezpečné hojení resekční linie. Jestliže pacienti tolerují příjem potravy, tak v 5 týdnu přecházejí na

kašovitou a v 6 týdnu na mletou stravu. Po 6 týdnu přechází pacient na normální redukční dietu (KASALICKÝ, 2011).

4.5 Rizika pooperačních komplikací po tubulizaci žaludku (SG)

Jako u všech chirurgických výkonů, tak i po operaci SG se mohou objevit určité komplikace. Rozdělují se na specifické a nespecifické. K těm nespecifickým patří bolesti v pravém či levém rameni, bolesti zad, nauzea, zvracení. Další komplikací může být krvácení v místech po zavedených trokarech. Další možností je trakční hemostáza, pomocí močového katétru zavedeného krvácející ranou po trokaru do dutiny břišní. Dále jako u každé operace další komplikace se může vyskytnout hluboká žilní trombóza, plicní embolie, pneumonie, paralytický ileus. Může dojít i k riziku poranění abdominálního jícnu s jeho následnou stenózou. Perioperační období může provázet silnější zvracení, které velmi dobře zaléčí farmaka. Další komplikací může být krvácení z resekční linie, nebo jejím prosakováním. Z tohoto důvodu jsou nemocní sledováni patřičně erudovanými sestrami, aby mohly při projevech zmíněných komplikací urychleně reagovat a včas informovat lékaře. Pozdní komplikace se projevují v 1-2%. K nejzávažnějším komplikacím patří dilatace žaludeční trubice a relaps nadváhy. Často zmiňovaná pyróza se po SG po několika měsících vymizí, nápomocí jsou farmaka (KASALICKÝ, 2011).

V pooperačním období je důležitá znalost sester o možných komplikacích u pacienta po operaci, aby mohly včas intervenovat lékaře, o možných či vzniklých potížích. Specializovaná sestra je schopna zhodnotit změny na EKG křivce, rozpoznat nefyziologické hodnoty v laboratorních výsledcích a tím může včas upozornit lékaře na změny. Pomáhá řešit následky urémie, případného krvácení, kokoagulopatie apod. Sestra s lékařem erudovaným v intenzivní péči tvoří vysoce kvalifikovaný tým (VOMELA, 1998).

4.6 Dietní a pohybový režim po operaci (SG)

Správně zvolená dieta je nepostradatelnou a nejdůležitější součástí léčby pacienta po bariatrické operaci. Po operaci SG je důležité dodržovat dietní režim, neboť je jednou z podmínek dobrých váhových úbytků a tím i předcházením možných komplikací. Zásadní změnou je pitný režim pacienta. Nesmí se pít hned po jídle ani

před jídlem v rozmezí 30minut, nejlépe vždy mezi jídly, 2-3l denně. Prvních 5 dnů po operaci je podávána jen čajová dieta. Celkem 30 dnů po operaci přijímá pacient pouze tekutou stravu, (voda, čaje, ovocné šťávy, bujony, vývary) ve velmi malých porcích 120ml ! V 5. týdnu se přechází na stravu mixovanou a v 6. týdnu na mletou.

Po 6. týdnech na stravu normální, avšak redukční. Je velmi důležité nehltat, stravu pořádně rozkousat, jíst pomalu. Přijímat stravu má pacient 5x denně (KASALICKÝ, 2007).

Strava musí obsahovat bílkoviny, vitamíny a malé množství tuků. Základem diety je nenadýmavá chuťově vyvážená lehce stravitelná strava, která je nutno celoživotně dodržovat. K přípravě jídel používáme pečení, dušení, vaření, vaření v páře ve vodní lázni, grilování, flambování, zapékání. Jídlo musí být dostatečně měkké. Je doporučeno méně solit, kořenit, kyselit. Je vhodné snížit příjem tuků, cukrů. Nekonzumovat slazené nápoje, vyhýbat se syceným nápojům. Nekonzumovat jídlo příliš horké. Na společenských akcích se doporučuje vynechávat předkrmy, nebo naopak je považovat za hlavní jídlo. Nutné je vybírat si stravu s rozmyslem! Doporučená je každodenní konzumace ovoce a zeleniny! Není vhodný alkohol a kouření! Při radikálním hmotnostním úbytku dochází u pacientů k vypadávání vlasů. Zde je zapotřebí dodat organismu potřebné vitamíny a minerály a to ve formě multivitaminózních tablet po dobu několika měsíců. Je vhodné zařadit do jídelníčku kvasnice, játra, obilniny, celozrnné pečivo, luštěniny, brambory, těstoviny, rýži, houby, listovou zeleninu, libové vepřové, hovězí maso, drůbež, mléko, mléčné výrobky, ryby (KASALICKÝ, 2007).

Z dietologického pohledu je třeba sledovat nutriční stav pacienta. Laboratorní vyšetření je považováno za velice důležité pro posouzení nutričního stavu před a po bariatrické operaci. Může tak ukázat deficit některých minerálů či vitamínů a tím tak předejít možným komplikacím či nemocím. Vhodné je provést alespoň 1x ročně screeningové vyšetření, kontrolovat je a doplňovat. Rychlé hubnutí způsobuje nedostatek vitamínu B1,B2,B12, hořčíku, vápníku, železa, zinku, vitamínu D, A, K, které je zapotřebí opět doplnit (HAINER, 2011).

Pacient musí být velice správně edukován ve smyslu příjmu potravy, aby nedocházelo ke zbytečným komplikacím, či naopak, aby se redukovala správně

hmotnost. Do domácího ošetření je vybaven dietním jídelníčkem, jak se stravovat v prvním měsíci po operaci. V případě přejídání se může žaludek dilatovat a tím dojít ke zpětnému navýšení hmotnosti. Zde záleží na správné edukaci nutričního pracovníka, který správně vysvětlí pacientovi jak postupovat při přípravě stravy (KASALICKÝ, 2007).

Pohybový režim po SG je stejný jako všech bariatrických operacích. Za 2 týdny je možné začít s lehkou pohybovou aktivitou (procházky). Po měsíci postupně zvyšovat fyzickou zátěž (plavání, jízda na kole, cvičení). Velmi obézním proto není doporučován běh, skákavé formy pohybu jako např. aerobik nebo zumba. Pohybová aktivita je důležitou součástí zdravého životního stylu. Má nezastupitelnou úlohu jak v prevenci, tak i v léčbě řady civilizačních onemocnění. Zásadou pohybové aktivity u obézních zahrnují výběr vhodného druhu pohybu, intenzity, frekvence a délce trvání zátěže. Objevují se často i negativní faktory, které mnohdy pacienta ovlivňují, proč se nepohybují. Jsou to např. nedostatek času, nedostatečná podpora okolí, nepřízeň počasí, nedostupnost sportovního zařízení či nechť k pohybu vůbec. Je potřeba překonat tato negativa a najít pozitivní motivaci. Komunikace mezi zdravotnickou i laickou veřejností je jedinou šancí, jak ovlivnit pohybovou aktivitu. Při sportu je zapotřebí nezapomínat na dostatečný přísun tekutin. Po propuštění do domácího ošetření je pacient v neschopnosti asi 14 dní záleží na typu vykonávané práce. Při fyzicky vykonávané práci je pracovní neschopnost zhruba 6 týdnů, jednak pro adaptaci na nový stav a jednak jako prevence vzniku kýly v operačních ranách. Kontroly v bariatrické ambulanci jsou vhodné za 6 týdnů od operace, 3 měsíce, 6 měsíců, 12 měsíců a dále už jednou ročně nejlépe celoživotně z důvodu zpětné vazby lékaře, sestry a pacienta. V případě potíží je kontrola okamžitá. Jedině tak lze zajistit celkovou kvalitní péči a tím se i docílí potřebné a hlavně očekávané výsledky (KASALICKÝ, 2011).

5 KVALITA ŽIVOTA

Definice kvality v ošetrovatelství je spokojenost pacienta se současnou mírou jeho fungování, jež považuje za možné nebo takřka ideální. Pojem kvalita vyjadřuje jakost, hodnotu. Abychom mohli kvalitu života pacientů zlepšit je potřeba ji správně definovat a následně měřit. Diagnostika je základním předpokladem úspěšnosti ošetrovatelských intervencí. Kvalita života není chápána jako úroveň uspokojovaných potřeb, ale spíše toho, co si přeje člověk od života, častěji zahrnuje věci, které dělají život lepším, snesitelným. Dobrou kvalitou života je předpokládán také tehdy, kdy je jeho zdravotní stav zlepšený, a naopak při zhoršení, jako špatnou kvalitu života. Je konstatováno, že u sester, lékařů je tendence posuzovat kvalitu života prostřednictvím jeho choroby. Pacient ji však vnímá skrze životního stylu a možnosti, které se mu dostávají. Svou kvalitu posuzuje podle svého zdravotního stavu na rozdíl od zdravotníků a rodiny. Definice kvality života by měla být vytvořena přímo pacientem. Objektivní kvalita života značí splnění požadavků týkajících se materiálních a sociálních potřeb. Kvalita života představuje dlouhodobý cíl v ošetrovatelské péči. Ošetrovatelská péče by se měla zaměřovat na aspekty fyzické, ale také a to především na podporu návratu pacienta do běžného života, zvládnání běžných aktivit (GURKOVÁ, 2011).

Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb. Potřeba je stav nadbytku nebo taky nedostatku jeho životního optima. Potřeby v oblasti fyzické, psychické a duchovní a sociální nejsou cizí pro člověka, spíše naopak. Zdravý člověk si svoje potřeby uspokojuje, sám hovoří se o tzv. sebezpečí. Problém nastupuje tehdy, když si člověk nemůže, či nedokáže své potřeby uspokojit sám. Nejčastější a nejznámější je dělení potřeb je Maslowova hierarchie potřeb. Fyziologické potřeby: jsou nepostradatelné pro zachování života. Zahrnují potřebu příjmu potravy, tekutin, vylučování, spánku, odpočinku, sexu atd. Fyziologické potřeby tvoří základ Maslowovy pyramidy potřeb.

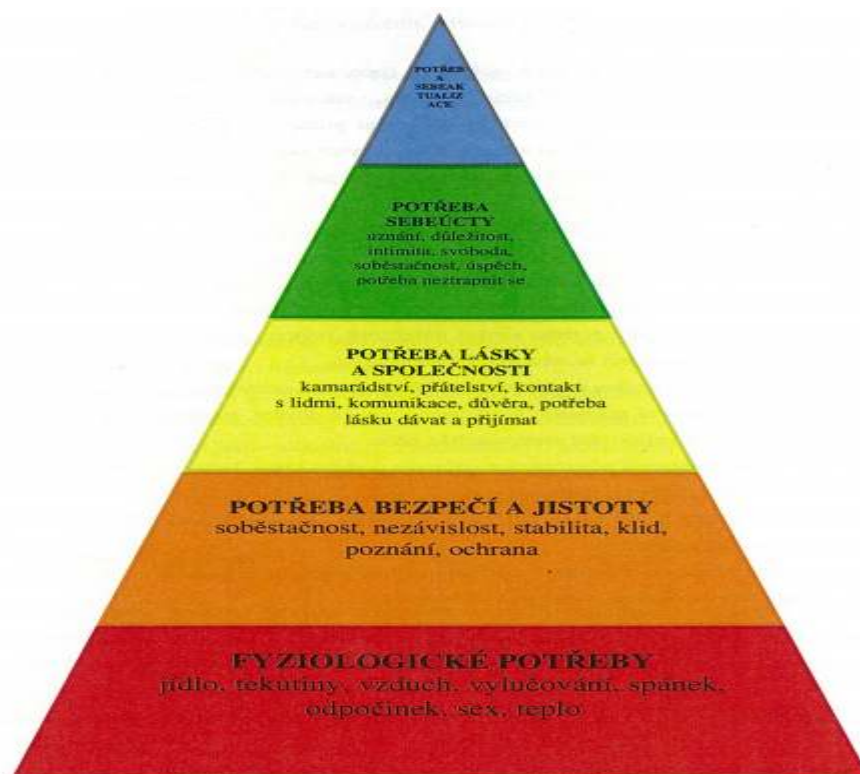
1. Potřeba bezpečí a jistoty – soběstačnost, nezávislost, stabilita, klid, poznání, ochrana
2. Potřeba lásky a společnosti – kamarádství, přátelství, kontakt s lidmi, komunikace, důvěra, potřeba dávat a přijímat lásku
3. Potřeba sebeúcty – uznání, důležitost, intimita, svoboda, soběstačnost, úspěch

potřeba, neztrapnit se

4. Potřeba sebeaktualizace a seberealizace – potřeba krásy, kulturních zážitků, práce, estetické, etické, duchovní potřeby

Podle Maslowova člověk musí mít nejprve uspokojené potřeby nižší úrovně a pak následuje uspokojení úrovně vyšší (SYSEL, 2011).

Obrázek 7 - Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Sysel, 2011, s. 50

5.1 Historický vývoj pojetí kvality života

Kvalita života byla poprvé v historii zaznamenána ve 20. letech 20. století a to v souvislosti o ekonomickém vývoji v oblasti společenských vrstev. Byl probíráán zejména vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí. Zájem o kvalitu života má kořeny v dávné minulosti. V současné době se kvalita života stala součástí všech vědních oborů, především v lékařství a v ošetrovatelství je jedním z důležitých článků při hodnocení úspěšnosti léčení a péče. Dá se říci, že studium kvality života nabývá

v posledních deseti letech velkého rozmachu. Přispívá k lepšímu a smysluplnému životu (PAYNE, 2005).

5.2 Teoretické pojetí kvality života

Nejdůležitějším cílem je rozvíjet životní prostředí a životní podmínky, které by umožnily žít jedincům způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém se cítí dobře. Kvalita života je chápána jako důsledek interakce mnoha faktorů, ke kterým patří zdravotní, ekonomické, sociální, podmínky, které ovlivňují lidský rozvoj nejen jednotlivců, ale i celé společnosti. Kvalita života v současném pojetí Světové zdravotnické organizace vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. Je celá řada definic kvality života, neexistuje však ani jedna, která by byla akceptována za posledních třicet let (PAYNE, 2005).

5.3 Subjektivní a objektivní dimenze kvality života

Kvalitu života lze rozdělit na subjektivní a objektivní dimenze. Do subjektivní kvality života patří všeobecná spokojenost se životem. Objektivní kvalita života značí splnění materiálních, sociálních a zdravotních požadavků. Je zde stálý otazník, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí a jak měřit kvalitu života (PAYNE, 2005).

5.4 Spokojenost pacientů a kvalita zdravotní péče

Spokojenost pacientů v ČR začala být sledována počátkem 90. let minulého století. Spokojenost pacientů je důležitým ukazatelem kvality zdravotnických služeb. Důležitým měřítkem je hodnocení kvality. Novým směrem v poskytování zdravotní péče je především uspokojování potřeb nemocného. Uspokojování potřeb, nebo naopak její neuspokojení se projevuje na vědomí pacientů. Míra celkové spokojenosti pacienta v oblasti péče a léčby jsou důležitými informacemi o kvalitě péče daného zařízení. Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou důležitou informací jak pro lékaře, ostatní zdravotnický personál, tak pro samotné vedení zdravotního zařízení. Je vhodné je využít jako nový podnět pro zlepšení kvality péče (PAYNE, 2005).

5.5 Metody sledování spokojenosti pacientů

1. ROZHOVOR je možné, aby probíhal individuálně, nebo skupinově. Rozhovor může probíhat formou osobního kontaktu nebo telefonicky. Telefonický rozhovor je finančně náročný a tím je i méně používaný. Skupinový rozhovor může být náhodný nebo plánovaný, cílený.

2. POZOROVÁNÍ – tato technika se používá velice ojediněle. Z praxe jsou přímo případy, kdy tuto metodu přináší sám život. Někteří dovedou své poznatky, zážitky zachytit písemně a opublikovat (PAYNE, 2005).

3. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Tato metoda se využívá nejčastěji, jde až o 64% všech výzkumů. Výtečnost dotazníkové metody zvýšíme, jestliže zařadíme několik otevřených otázek, umožňující kvalitativní analýzu. Výsledky analýzy doplňují, osvětlují a konkretizují poznatky (PAYNE, 2005).

5.6 Obezita a kvalita života

„Obezita zhoršuje kvalitu života jak s ohledem na fyzické, tak s ohledem na mentální charakteristiky. Ovlivnění kvality života závisí na stupni nadváhy, věku a pohlaví.“ (HAINER, V. 2004, s. 44).

U mladších jedinců ovlivňuje obezita více fyzické zdraví, než mentální. U obézních žen ve věku (35-64 let) jsou obezitou značně ovlivněny fyzicky, psychicky a esteticky. Obézní žena oproti muži má pocity diskriminace v zaměstnání i v partnerském životě. U mužů obezita v této věkové kategorii ovlivňuje pouze fyzické funkce a pocity celkového zdraví. Morbidní obezita negativně ovlivňuje kvalitu života jak u žen, tak u mužů (HAINER, 2004).

5.7 Životní události a kvalita života

Nelze je opomenout, neboť se s nimi setkává každý jedinec ve svém životě ve zdraví i nemoci. Jsou to někdy tzv. životní křižovatky, které nám mění směr života. Ovlivňují nejen somatický ale i psychický stav. Životní události velice ovlivňují kvalitu života, vyvolávají subjektivní pocity nespokojenosti, neklid, strach, úzkost, nespavost,

deprese, nesoustředěnost, sociální izolaci. Nemoc sama je vážnou životní událostí, která zvyšuje riziko dalšího onemocnění. Medicína se zabývá organickou stránkou chorob. Součástí léčby a uzdravování je důležité i to, jak se nemocný dokáže se svým onemocněním vyrovnat a jak se dokáže zařadit zpět do běžného života (PAYNE, 2005). K tomu je nápomocná tzv. EDUKACE.

6 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Pojem **edukace** je odvozen z latinského slova eddo, educare, což značí vést vpřed, vychovávat „*Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince. Pojem výchovy a vzdělání není v současné terminologii jednoznačně vymezen*“ (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s.9).

6.1 Význam edukace

V posledních desetiletích se výchovně vzdělávací práci zdravotníků přisuzuje velkého významu. Sestry kromě ošetrovatelské role zajišťují úlohu asistentky lékaře, koordinátorky ošetrovatelské péče a spolupracují v oblasti výchovy a vzdělávání klientů. Je prokázáno, že pokud jsou pacienti, případně příslušníci jejich rodiny, kteří se podílejí na ošetrovatelské péči, informováni o svém zdravotním stavu a jsou seznámeni s léčebným režimem na adekvátní úrovni je mnohem vyšší možnost efektivity léčebného procesu. Charakter výchovného působení závisí také na tom, zda sestra pracuje v ambulantní nebo lůžkové části zdravotnického zařízení.

Výchova a vzdělávání pacientů je členěna do primární a sekundární prevence. Pro bariatrickou chirurgii důležitou částí je sekundární prevence, která je již zaměřena na edukaci pacientů s určitou diagnózou, kdy je nutné, aby v rámci léčebného procesu změnil své chování ve smyslu přeměny stravovacích návyků a zařazení vhodných pohybových aktivit. Výrazně se změnila role pacienta, který v současnosti přebírá i určitou míru zodpovědnosti za své zdraví za předpokladu, že k tomu získal dostatek potřebných informací. Pacient, kterému se vlivem nemoci změnila podmínky života, se musí naučit v těchto nových podmínkách žít.

Pacient má právo na edukaci a odpovídající úroveň informací o svém zdravotním stavu a léčebném režimu. Aby mohl dodržovat režimová opatření, musí být informován o svém zdravotním stavu, příčiny onemocnění, možnostech odstranění příčin a léčebných způsobech. Měl by pochopit svou roli v péči o svou osobu. Aby byla efektivní edukace pacienta, je zapotřebí snížit jeho stavy úzkosti a nejistoty z budoucnosti. Nutností je také dodání dávky reálného optimismu

a poskytnutí návodu na životní styl, aby odpovídal jeho zdravotnímu stavu (SVĚRÁKOVÁ, 2012).

Výsledkem edukace je změna životního stylu, kvalita života jedince, skupiny. Role sestry se v dnešní době považuje za důležitou kompetenci a podle stupně vzdělání může být sestra edukátorkou (NĚMCOVÁ a HLINKOVÁ 2010).

6.2 Motivace v edukaci

Motivace edukace vede ke změně životního stylu je v úspěšné edukaci klíčovou proměnou. Při edukaci hraje významnou roli věk pacienta. K tomu, aby mohla sestra i lékař provádět edukační činnost, musí mít potřebné znalosti v oblasti medicíny a ošetrovatelství na vysoké úrovni. Kromě úrovně znalostí a dovedností musí mít odborníci dostatek empatie, která by měla být projevem ochoty pacientovi pomoci. Pro správně prováděnou edukaci je zapotřebí mít dostatečné komunikační schopnosti. Základní informaci o onemocnění podává lékař, sestra je oprávněna podávat edukaci v rámci svých profesních kompetencí a činností. Mezi nejčastěji podávanou formou edukace je mluvené slovo:

- audiovizuální prostředky
 - tištěné materiály – leták stručná informace s jednoduchým výkladem
 - brožura - informace jsou obsáhlejší
 - webové stránky
- skupinové působení - možnost výměny názorů, zkušeností (Banding club) (SVĚRÁKOVÁ, 2012).

Podmínkou správné edukace je aktivita edukanta (pacienta). Edukátor by měl vytvořit příznivé podmínky pro vznik motivů a správně určit, které didaktické prostředky při edukaci použije. Motivace je jednou ze základních článků ovlivňujících úspěšnost výchovně vzdělávacího procesu (NĚMCOVÁ a HLINKOVÁ 2010).

Několikaleté fungování Banding klubů ukázalo pro mnoho pacientů vítanou psychickou podporu. Zvláště, když dochází ke stagnaci nebo k nárůstu hmotnosti. Odpovědi na mnohé otázky, týkající se bariatrického zákroku představují neformální setkání pacientů s obezitology, psychology a chirurgy. Pacienti zde diskutují o svých problémech, zkušenostech, poznatcích. Je vhodné umět naslouchat, neboť i právě to může být první krok ke změně pozitivním směrem (MATOULEK, 2008, s. 5).

6.3 Cíle edukace

„Metoda je cesta, jak naplnit stanovený cíl. Edukační metoda je cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta k učení, aby došlo k efektivnímu naplnění cílů“ (JUŘENÍKOVÁ, 2010 s. 37).

Hlavním cílem edukace je:

- prevence a zachování zdraví
- snižovat komplikace onemocnění
- zlepšovat kvalitu života
- vykonávat denní aktivity
- provádět informovaná rozhodnutí
- dodržovat léčebný režim v období nemoci

(NĚMCOVÁ a HLINKOVÁ 2010).

Velkým a významným cílem před bariatrickou operací je správná motivace pacienta, získání důvěry s návazností spolupráce. Dalším cílem je podpora pacienta a předání informací se správným pochopením podstaty operačního výkonu a další léčby. Dalším cílem je snaha o chápání pacienta vlastní role o své zdraví a získání zodpovědnosti k své nemoci. Edukací měníme jeho vědomosti a návyky. Cílem edukace je srozumitelnost, konkrétnost, přiměřenost pacientovému vnímání (TOMANOVÁ, 2007).

6.4 Edukační proces a jeho fáze ve zdravotnickém zařízení

Realizace edukačního procesu je jeden z důležitějších a velmi náročných úkolů ošetrovatelství. Edukační role sestry je mnohostranně zaměřená na utváření a formování chování a jednání jedince i skupiny v zájmu zachování obnovy zdraví. Edukační proces je součástí komplexní ošetrovatelské péče, které vychází z edukačních potřeb (učení, vzdělávání). Je specifický podle realizace průběhu péče:

- Úvodní - iniciální, edukace pacienta v ambulanci, (který je připravován k operačnímu bariatrickému výkonu o předoperačním vyšetření, péči a pooperační péči.)
- Prohlubující - doplnění informací o bariatrickém výkonu a změnách po operaci.

- Kontinuální – po propuštění do domácí péče zaměření se na stravovací návyky, pohybovou aktivitu v domácím i společenském prostředí.
- Reedukace – posuzování, vyhledávání příčiny, pro kterou se nedaří dosáhnout potřebného cíle (NĚMCOVÁ a HLINKOVÁ 2010).

EDUKACE se dělí na pět fází

1. Fáze počáteční: V této fázi se edukátor snaží zjistit úroveň vědomostí, znalostí, návyků a postojů nemocného (edukanta). Ke zjištění informací používá edukátor rozhovor, pozorování. Zaměřuje se na sběr informací o edukantovi (pacientovi) systematicky, komplexně, přesně a nepřetržitě. Posuzování předpokládá aktivní účast edukanta i edukátora. Edukátor se snaží odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta, zjišťuje jeho edukační potřeby. Ke zjištění informací používá nejčastěji pozorování a rozhovor. Tato fáze má velký význam pro stanovení budoucích cílů edukace. Na každého člověka musíme nahlížet individuálně a komplexně. Posuzujeme schopnost učit se, provádíme *vstupní posouzení* – základní údaje (věk, pohlaví, rasa, vzdělání, zaměstnání), posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb; *situační analýzu edukanta* (profil rodiny, životní styl, ekonomická situace). Informace, které jsou buď subjektivní (od edukanta, nelze ověřit) nebo objektivní povahy (ověřitelné měřením, pozorováním, testováním), získáváme *z primárních zdrojů* – edukant; *ze sekundárních zdrojů* – rodina, doprovod, zdravotnický pracovník, zdravotnická dokumentace. Nutné je ověřit jejich platnost, pravdivost a úplnost. Tato fáze je důležitá pro stanovení budoucích cílů edukace. Edukační diagnóza je závěr z odpovědí jednotlivce nebo skupiny na skutečné nebo potencionální zdravotní problémy. Na základě získaných informací stanovíme vzdělanostní – vědomostní diagnózu, která specifikuje potřeby edukanta. Jedná se o řešení nedostatku vědomostí, zručnosti, motivace. Sestra stanoví, které konkrétní vědomosti edukantovi chybí, které postoje by měl změnit a jaké dovednosti se naučit. Sestra (edukátorka) při diagnostikování vychází ze všeobecně platných diagnóz. Mezi nejčastější edukační diagnózy řadíme nedostatek informací, riziko deficitu informací, nezájem o informace, nedostatek vědomostí, riziko nedostatku informací. Edukační potřebu je nutné jednoznačně definovat a zapsat do edukační dokumentace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

2. Fáze projektování: V druhé fázi edukačního procesu provádí *plánování a příprava*, kdy se musíme zamyslet nad některými otázkami: k jaké změně má dojít, koho do edukace zahrneme, co bude obsahem edukace, jaké metody a formy edukace použijeme, v jakém prostředí, financování edukace, způsob hodnocení. Plánování se skládá z několika kroků, kdy stanovujeme cíle, vybíráme obsah edukace, vhodné formy, metody, intervence, vytváří se časový harmonogram splnění cílů, respektují se didaktické zásady. Nejprve si stanovíme priority edukace, které musí být sestaveny dle důležitosti a dle záměru, pojmenujeme problém, stanovíme edukační záměr a cíl, posoudíme překážky, stanovíme téma edukace, vybereme skupinu edukantů, strategii, pomůcky, studijní materiál, vybereme obsah edukace. Edukační plán se vypracuje v písemné formě s možností přehodnocení, ve spolupráci s edukantem, což zvýší jeho motivaci a usnadní edukační proces. *Edukační cíle* jsou očekávaný výsledek, kterého chceme u edukanta dosáhnout. Je to pozitivní kvalitativní a kvantitativní změna, týkající se vědomostí, dovedností, postojů, návyků a hodnot edukanta. Edukátor musí vědět, jaké změny chce u edukanta dosáhnout. Správně formulované cíle pomáhají edukaci naplánovat. Cíle dělíme na *krátkodobé* – etapové, *dlouhodobé* – finální; *nižší* a *vyšší*. Stanovujeme cíle *kognitivní* (poznávací – vědomosti, schopnosti), *afektivní* (názory, hodnoty, postoje), *behaviorální* (psychomotorické – manuální zručnost). Cíl by měl být přiměřený (odpovídající schopnostem edukanta), splnitelný, jednoznačný, kontrolovatelný, komplexní. Při formulaci cílů se používají *aktivní slovesa* (co má edukant dělat a co má umět), formulují se ze strany edukanta, ne ze strany edukátora – pozitivní změna má nastat u klienta. Formulace má být konkrétní, přesná, jasná, jednoznačná, s možností kontroly. Sloveso musí vyjadřovat činnost, kterou lze pozorovat a kontrolovat, např.: klient dokáže, definuje, napíše, zopakuje, popíše, přiřadí, seřadí, vysvětlí. Stanovenému cíli je nutné přizpůsobit metody, formy i obsah edukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3. Fáze realizace: třetí fáze edukačního procesu. V této fázi edukaci realizujeme na základě zjištěných potřeb. Měla by vycházet z plánu edukace a směřovat ke splnění stanovených cílů. Důležitá je spolupráce celého multidisciplinárního zdravotnického týmu. Při realizaci musíme respektovat pacientovy *fyziologicko-biologické faktory* (věk, pohlaví, smyslové vnímání, zdravotní stav, psychický stav, osobnostní vlastnosti, postoj ke zdraví, motivaci, schopnosti a dovednosti, návyky, zkušenosti, styly učení, víru), *sociálně-kulturní faktory* (zaměstnání, vzdělání, kulturní a etnická příslušnost, rodinné

vztahy, ekonomická situace), *faktory prostředí a jeho vybavení* (lůžko, nábytek, pomůcky, zařízení ad.). Realizaci edukace mohou ovlivnit *edukační bariéry*, znamenající překážku nebo komplikaci, která nám znemožní dosažení edukačního cíle. Mohou se objevit na straně edukátora i edukanta. *Ze strany edukanta* se jedná o charakter onemocnění, poruchy smyslového vnímání, změny psychiky, jazyková bariéra, mentální handicap, odlišné kulturní zvyky. *Ze strany edukátora* je to např. nedostatečná příprava, nenaplánovaný průběh edukace, nedostatečné edukační vědomosti a dovednosti, nedostatek času, únava, nedostatečná multidisciplinární spolupráce, nedostatečná motivace zdravotníka k edukaci.

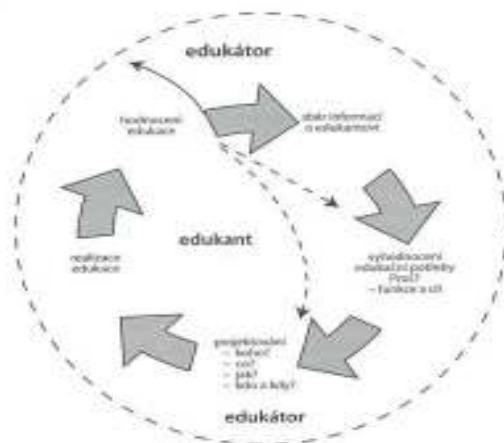
Vlastní proces učení je soustředěn do pěti následujících kroků:

- A. Motivační fáze – cílem je vzbuzení zájmu o nové poznatky, motivace je prostředkem pro zvýšení efektivity učení, je základem úspěšného učení.
- B. Expoziční fáze – prvotní obeznámení se s novým učivem, kdy využíváme různé metody, pomůcky a didaktickou techniku. Vytváříme základ
- C. a východiska zručností a návyků. Důležité je dodržovat zásady jako je navázání kontaktu, vhodné prostředí, tempo, motivovat k učení, zapojit smysly, srozumitelná slova, vhodné pomůcky, zpětná vazba, opakovat naučené.
- D. Fixační fáze – jde o upevnění osvojených vědomostí a zručností formou opakování a cvičení.
- E. Diagnostická a hodnotící fáze – průběžné, frontální, individuální, skupinové, testování. Formou ústní, písemnou, grafickou, pohybovou nebo kombinovanou.
- F. Fáze aplikace – používání získaných vědomostí a zručností v praktické nebo teoretické činnosti (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

4. Fáze upevnění a prohlubování učiva: Tato fáze je jedním z nezbytných kroků upevnění, uchování znalostí v dlouhodobé paměti. Je nutné tuto fázi neustále opakovat a procvičovat, aby docházelo k jeho fixaci (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

5. Fáze zpětné vazby: V této fázi je snaha hodnotit výsledky edukanta i edukátora. Zjišťuje se zde, zda výsledky a cíle byly splněny nebo jen částečně, nebo byly nesplněny. Na základě vyhodnocení je možnost ukončení, pokračování v edukaci, nebo reedukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Obrázek 8 – Fáze zpětné vazby



Zdroj: Juřeníková, 2010, s. 24

Tabulka 2 - Edukace a ošetrovatelský proces

Fáze/kroky		Činnosti v ošetrovatelském procesu
Edukace	Ošetrovatelský proces	
Počáteční pedagogická diagnostika	Zhodnocení/posouzení	Získávání informací o klientovi
Projektování	Stanovení ošetrovatelské diagnózy	Stanovení ošetrovatelského problému, stanovení příčiny, projevů a důsledků těchto problémů
	Plánování ošetrovatelské péče	Sestavení plánu ošetrovatelské péče pro vyřešení ošetrovatelských problémů klienta
Realizace	Realizace ošetrovatelského plánu	Realizace intervencí pro uspokojení potřeb klienta a odstranění ošetrovatelského problému
Upevňování a prohlubování učiva		
Fáze zpětné vazby	Hodnocení	Hodnocení výsledků ošetrovatelské péče

Zdroj: Juřeníková, 2010, s. 22

6.5 Didaktické formy a metody v edukaci

Nejčastější edukační metodou je mluvené slovo-rozhovor, diskuze, konzultace. Výhoda je, že sestra naváže s klientem užší kontakt a tím je větší možnost rychlejší reakce na dané podněty, dotazy, změny jeho chování a nálady. Vyjadřování musí být srozumitelné, není doporučeno používat odborných výrazů, které nejsou obecně známy. Důležité je mluvit pomalu, srozumitelně a udržovat oční kontakt s pacientem. Mluvené slovo bývá doplňováno tištěnou formou, aby si mohl pacient v klidu doma vše potřebné přečíst, zopakovat. Zvláště u vyššího věku klientů je tato metoda vítána. Výklad lze doplnit audiovizuální metodou, tzn. u některých diagnóz jsou vypracovány vzdělávací programy na CD nebo na VHS. Mezi další metodu lze použít články z časopisů, denního tisku, televizní programy a internetové stránky. Ve zdravotnických zařízeních jsou pro klienty vydávány edukační brožury, letáky s danou tematikou. Dále pak jsou vydávány propagační materiály od farmaceutických firem jako plakáty, vývěsky, kalendáře. Místem určení jsou především čekárny (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

Další metodou je přednáška. Zde jsou předávány poznatky a znalosti tak, aby přednes byl ucelený. Během přednášky se mohou používat demonstrativní pomůcky. V průběhu přednášky je vhodné klást edukantům otázky na které mohou odpovídat, nebo odpovíme sami. Instruktaž seznamuje edukanta s konkrétním postupem pro dosažení potřebné dovednosti v psychomotorické oblasti. Návčik probíhá individuálně nebo ve dvojici i při větším počtu edukantů. Edukátor dbá na dodržování správného pracovního postupu. Pomůcky jsou nepostradatelné pro vlastní praktický návčik. Brainstorming (burza nápadů) tato metoda je využívána u skupiny klientů. Podstatou této metody je využít co největšího počtu možných řešení daného problému za určitý časový limit. Počet klientů je 12, délka trvání 45 minut. Pomocníkem je psaní na tabuli. Určí se čas, následují návrhy konkrétních řešení, které se zapisují na tabuli i ty nesmyslné. Po ukončení limitu se vyberou ty nejvhodnější řešení. Brainwriting jde o podobnou předchozí metodu, při které si každý klient píše své nápady na papír. Může být několik skupin po 6 osobách. Po zadání problému k řešení se stanoví čas na práci klientů. Napíší 3 své nápady po dobu 5 minut. Po uplynutí tohoto času, přenechají svůj papír sousedovi, a tak se pokračuje po dobu, až se navrátí původní papír majiteli. 3 nejlépe vyhodnocené nápady každého klienta se přečtou nahlas a vybere se nejvhodnější řešení daného problému. Při používání učebních pomůcek a didaktické techniky v edukaci je zřejmé, že edukant přijímá 80% informací zrakem, 12% sluchem, 5%

hmatem a 3% ostatními smysly. Díky používání těchto pomůcek a didaktické technice je zvýšena efektivita edukace. Za učební pomůcky je považován např. film, obrazy, fotografie, za didaktickou techniku např. dataprojektor, tabule (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

6.6 Bariéry v edukaci

Edukační bariéru je možné vysvětlit jako překážku, která komplikuje dosáhnout edukační cíl. Při edukaci může vzniknout celá řada překážek, které výuku značně negativně ovlivní. Je na sestře tyto překážky předvídat a odstraňovat.

Překážky ze stran zdravotníků:

- nedostatek motivace
- únava
- nedostatek lidského přístupu
- jeho nepřipravenost
- nedostatečnost edukátorských znalostí, dovedností
- podceňování edukace ze strany zdravotnického personálu
- nedostatečná komunikace s pacientem
- negativní vliv prostředí (ztráta soukromí)

Překážky ze stran edukanta:

- stresové stavy v akutní či chronické fázi
 - neschopnost nést vlastní odpovědnost
 - bolest
 - postižení smyslového vnímání (zrak, sluch)
 - emoce
 - konkrétní stav nemoci
 - jazyková, etnická bariéra
 - popření potřeb edukace edukantem
- (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

7 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S BARIATRICKOU DIAGNÓZOU DLE M. GORDON

V rámci edukačního procesu je nutné vytvořit edukační plán, při kterém je zapotřebí se řídit během následného edukování pacienta z důvodu komplexnosti a efektivity.

Záměr edukace

- Zlepšit kvalitu života
- Dosáhnout maximální informovanosti pacienta
- Minimalizovat komplikace onemocnění
- Dodržovat léčebný režim v nemocnici i doma

7.1 Fáze posuzování

Dne 1. 3. 2012 byla přijata na chirurgické standardní oddělení pacientka XY na plánovanou bariatrickou operaci Sleeve. Pacientka prošla potřebnými předoperačními vyšetřeními.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: XY

Datum narození: 1. 1. 1961

Věk: 52 let

Rasa: europoidní (bílá)

Etnikum: slovanské (české)

Rodinný stav: vdaná

Bydliště: Valašské Meziříčí

Pohlaví: žena

Příbuzní: manžel, dcera, syn

Státní příslušnost: Česká republika

Zaměstnání: všeobecná sestra

Vzdělání: středoškolské

Základní lékařská diagnóza: Morbidní obezita

Přidružené lékařské diagnózy: Vysoký krevní tlak, artróza kloubů, diabetes melitus

II. stupně

POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ A EDUKAČNÍCH POTŘEB PODLE MARJORY GORDON:

1. Podpora zdraví: má snahu zvládat hospitalizaci co nejlépe, má strach z operace, snaží se najít sílu bojovat, má zájem o informace pooperační a domácí léčby.
2. Výživa: pacientka váží 130kg, měří 163cm, BMI 50 - těžká obezita, dieta – jen tekutiny, po malých doušcích, nekouří, alkohol jen příležitostně.
3. Vylučování: pacientka močí do mísy, sledována bilance tekutin, defekace pravidelná co 2 dny bez problémů.
4. Aktivita a odpočinek: pacientka projevuje verbálně i neverbálně bolest a slabost, nauzea, momentálně je imobilní, spánek přerušovaný díky bolesti, cítí se unavená. Soběstačnost v sebeobsluze je dobrá.
5. Vnímání: pacientka při vědomí je orientovaná, kontaktní, spolupracující, řeč přiměřená, sluch dobrý zrak, vcelku dobrý jen na čtení používá dioptrické brýle, paměť neporušená, styl učení systematické, logické, pozornost stálá.
6. Sebepojetí: pacientka si plně důvěřuje, je optimisticky naložená, věří v dobrý výsledek operace.
7. Role - mezilidské vztahy: pacientka má svou rodinu, otce, dostatek přátel, má nedostatečný finanční příjem, je kamarádká.
8. Sexualita: nemá zájem hodnotit, menzes pravidelná s mírnými bolestmi od 13 let, počet porodů 2, potratů 0.

9. Zvládání zátěže: pacientka je tvrdá, bojovná žena, stres zvládá zatím dobře bez relaxací, vyvolává ho zaměstnání.
10. Životní hodnoty: pacientka má velké plány do budoucna, těší se domů, klade velký důraz na zdraví, lásku, přátelství a domov.
11. Bezpečnost, ochrana: zajištěna bezpečnost pacientky.
12. Komfort: pacientka je nervózní z hospitalizace, těší se domů.
13. Jiné (růst a vývoj): růst a vývoj pacientky probíhá fyziologicky

Profil rodiny - pacientka žije s manželem v rodinném domku, rodinné vztahy jsou dobré, manžel, dcera a syn jsou zdraví, otec se léčí s vysokým krevním tlakem.

Sociálně - ekonomický stav - s manželem oba pracují, rodinné i sousedské vztahy jsou dobré, dcera i syn žijí v zahraničí, jezdí na pravidelné návštěvy.

Životní styl - nutné pooperační změny ve stravovacích návycích, dostatek tekutin.

Kultura - divadlo, kino, koncerty a knihy.

Náboženství - bez vyznání.

Hodnota - pacientka považuje zdraví a lásku za nejdůležitější v životě.

Postoj k nemoci - s danou nemocí nemá zkušenost.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí - rodina je schopna efektivní spolupráce a komunikace, zabezpečuje pomoc, podporu, je schopná efektivních rozhodnutí a řešení krizových situací.

Porozumění současné situace rodinou - rodina je informována o stavu a prognóze pacientky, rodina je ochotna spolupracovat při léčbě pacientky, pacientka se s rodinou shoduje.

Tabulka 3 - Vstupní test

	Vstupní test Ano/ne/nevím
Vyskytla se u Vás někdy v rodině obezita?	ne
Navštívila jste někdy obezitologa?	ano
Víte co je to bariatrická operace?	ne
Znáte komplikace po bariatrické operaci?	ne
Je důležité dodržovat dietní režim po operaci?	nevím
Je důležitá pohybová aktivita po operaci?	ne
Víte, čeho se máte vyvarovat?	ne
Počítáte se změnou kvality života?	nevím

Zdroj: Vlastní zpracování

7.2 Fáze edukační diagnóza

Deficit vědomostí :

- o onemocnění
- o změně životního stylu
- o medikaci
- o chirurgické léčbě
- o změně pohybového režimu
- o nastavení dietního režimu po operaci
- o změně kvality života

Deficit zručnosti:

- v péči o periferní žilní katétr
- v péči o permanentní močový katétr
- v péči o Redonův drén
- v péči o operační ránu

Deficit v postojích:

- strach a úzkost z hospitalizace
- obavy z možných pooperačních komplikací
- obavy a strach ze změn celkového životního režimu

7.3 Fáze plánování

Podle priorit:

- o nemoci
- o invazivních vstupech
- o předoperační přípravě
- o pooperačním režimu
- o operační ráně

Podle struktury: 3 edukační jednotky po 25 minutách

Podle cílů:

- Kognitivní - pacientka má vědomosti o svém onemocnění, jeho vzniku, příznacích a o postupu léčby a následném životním režimu.
- Afektivní - pacientka si vytvoří kladný přístup ke spolupráci a uvědomuje si nutnou změnu v jejím životním stylu a nově nastaveném režimu.
- Behaviorální – pacientka dodržuje léčebný režim a doporučený životní režim.

Podle místa realizace:

- v nemocničním prostředí
- u lůžka pacientky na MD-JIP
- zabezpečit ticho
- soukromí a klidné prostředí

Podle času:

- v den příjmu pacientky

Podle výběru:

- výklad
- rozhovor
- vysvětlování
- obrázky
- publikace
- letáky
- prezentace v power pointu, diskuze

Podle formy:

- individuální

Typ edukace:

- prohlubující

Pomůcky:

- obrázky
- publikace
- papír
- psací potřeby
- brožury
- letáky

7.4 Fáze realizace

1. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma: Morbidní obezita - příčina, příznaky, její komplikace a léčba.

Místo edukace: MD-JIP pokoj u lůžka pacientky

Časový harmonogram: 1. 3. 2012 od 17 do 17.25 (25 minut)

Edukační forma: individuální

Metody: rozhovor, vysvětlování, zodpovězení na otázky pacientky, diskuse.

Pomůcky: brožura, leták, obrázky, publikace, papír, tužka.

Cíl:

- Kongnitivní – pacientka nabyla vědomosti o nemoci, zná postupy léčby a umí
- specifikovat komplikace nemoci
- Afektivní – pacientka verbalizuje spokojenost s novými získanými vědomostmi.

Realizace 1. edukační jednotky

- Motivační fáze – povzbuzovat edukanta ke vzájemné spolupráci, vysvětlit velký význam nově vzniklých informací, vědomostí.
- Expoziční fáze – popsat hlavní příznaky onemocnění, průběh onemocnění

- a postup léčby, možnost vzniku komplikací. Při nejasnostech vysvětlit podané informace.
- Fixační fáze – zopakování podstatných informací, shrnutí opakovaných poznatků.
- Hodnotící fáze – rozhovor, kladení otázek pacientce, zhodnocení odpovědi pacientky.

2. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma: péče o ránu

Místo edukace: MD-JIP pokoj u lůžka pacientky

Časový harmonogram: 2.3 2012 od 7.40 do 8.05 (25 minut).

Edukační forma: individuální

Metody: vysvětlování, rozhovor

Pomůcky: názorná ukázka, obrázky

Cíl:

- Kognitivní – pacientka má patřičné, dostačující vědomosti o ošetření operační rány, uvědomuje si nutnost udržování operační rány ve sterilním prostředí.
- Afektivní – pacientka si je vědoma významu udržování rány ve sterilním prostředí.

Realizace 2. edukační jednotky

- Motivační fáze – motivovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit důležitost a podstatu nově získaných znalostí.
- Expoziční fáze
- Fixační fáze
- Hodnotící fáze

3. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma: změna kvality života a dodržování režimového opatření.

Místo edukace: MD-JIP pokoj u lůžka pacientky

Časový harmonogram: 3. 3. 2012 od 15 do 15.25 (25 minut)

Edukační forma: individuální.

Metody: rozhovor, vysvětlování, zodpovězení na otázky pacientky, diskuse.

Pomůcky: informační letáky, brožura, obrázky.

Cíl:

- Kongnitivní – pacientka bude prokazovat vědomosti o správné životosprávě, stravování, pohybovém režimu v domácím prostředí.
- Afektivní – pacientka verbalizuje dostatek vědomostí a vyjadřuje spokojenost s podanými informacemi od sestry.

Realizace 3. edukační jednotky

Motivační fáze – připravit pacientku na přijetí změny režimu a životního stylu, vzbudit její zájem o spolupráci, příjemně přizpůsobit atmosféru.

Expoziční fáze – dietní režimové opatření

- Doporučit v prvních dvou týdnech po operaci přijímat pouze tekutiny (bujóny, vývary, zeleninové, ovocné šťávy, neperlivé, neslazené nápoje, čaje, nízkotučné mléko, jogurty.
- Doporučit pít tekutiny po malých doušcích, ne však více než 150ml najednou, vypít denně alespoň 2-2,5l tekutin, nejlépe voda, čaj. Nepít před a po jídle, ale mezi jídly! Minimalizovat sladké, alkoholické nápoje!
- Doporučit v dalších týdnech příjem kašovitě, mixované stravy (brambory, zelenina, ovoce, telecí, drůbeží, vepřové maso).
- Doporučit po 6 týdnech přechod na racionální, normální stravu, dostatek bílkovin, vitamínů, minerálů, užívání doplňku stravy (multivitaminy) z důvodu prevence vypadávání vlasů a třepení nehtů.
- Upozornit, že množství přijaté stravy nesmí překročit kapacitu žaludku (150ml).
- Doporučit správné stravovací návyky – potravu jíst pomalu, nehltat, jídlo řádně rozkousávat, servírovat na malé talíře, nevykonávat při jídle žádnou jinou činnost, nejíst neoloupanou zeleninu či ovoce.
- Doporučit lehké přílohy, zeleninu, ne však smažené hranolky.
- Doporučit jíst alespoň 5x - 6x denně.
- Upozornit na nevhodný příjem příliš horkého, kořeněného, tučného, kyselého jídla, v potravě by měly být omezeny tuky, dostatečný příjem bílkovin, minerálů, vitamínů.
- Upozornit na nevhodnou konzumaci některých potravin jako jsou tavené sýry, dorty, koláče. (Nevyčítat si prohrěšek nad sladkým dezertem!)

- Upozornit na stravování v restauracích a na různých akcích: jíst předkrm jako hlavní jídlo, stravu konzumovat s rozmyslem, pomalu a v malých porcích.

Edukace v pohybovém režimovém opatření

- Zdůraznit nutnou pohybovou aktivitu z důvodu lepšího docílení hmotnostního úbytku.
- Doporučit navštěvovat pravidelně cvičení v kolektivu z důvodu zlepšení společenského kontaktu.
- Doporučit spolupráci s cvičitelem, trenérem při zvládnutí cvičení z důvodu výskytu jiných přidružených onemocnění (artróza, dechové potíže, bolest).
- Doporučit nejvhodnější cvičení, které co nejméně zatěžují nosné klouby a tím je: jízda na kole, plavání, turistika.
- Doporučit doplnění cvičení strečinkem, relaxací, masáží.

Edukace správného životního stylu

- Edukovat pacientku při objevených potížích k okamžitému vyhledání bariatrického lékaře.
- Zdůraznit potřebu navštěvování obezitologické poradny.
- Doporučit při psychických obtížích návštěvu psychologické poradny.

Během rozhovoru podat pacientce podstatné informace o správném životním režimu, stravování a pohybové aktivitě.

Edukace klientky do domácího ošetření

Pacientku je možné propustit pátý den po operaci do domácího ošetření. Je propuštěna s PN do péče OL, kde se bude hlásit do tří dnů. Za 12 dní od operace kontrola na chirurgické ambulanci pro excizi stehů. Kontrola bariatrickým lékařem, operátorem po 6 týdnech od operace, dále pak po 3,6,12 měsících a dále pak 1x ročně. Při potížích kontrola ihned. Pacientka je edukována o dalším postupu v domácím prostředí v oblasti správné výživy po operaci a v dalších obdobích.

Fixační fáze – zopakování a shrnutí podstatných informací, ujasnění případných nesrovnalostí.

Hodnotící fáze – sestra zhodnotí, zda pacientka pochopila důležitost dodržování zásad života s režimovými opatřeními.

7.5 Fáze vyhodnocení

Tabulka 4 - Porovnání vstupního a výstupního testu

	Vstupní test Ano/ne/nevím	Výstupní test Ano/ne/nevím
Vyskytla se u Vás někdy v rodině obezita?	ne	ne
Navštívila jste někdy obezitologa?	ano	ano
Víte co je to bariatrická operace?	ne	ano
Znáte komplikace po bariatrické operaci?	ne	ano
Je důležité dodržovat dietní režim po operaci?	nevím	ano
Je důležitá pohybová aktivita po operaci?	ne	ano
Víte, čeho se máte vyvarovat?	ne	ano
Počítáte se změnou kvality života?	nevím	ano

Zdroj: Vlastní zpracování

7.6 Výsledek edukace

Edukace proběhla ve třech 25 minutových jednotkách u lůžka pacientky, která při edukaci výborně spolupracovala. Během edukačních jednotek pacientka nabyla podstatných vědomostí o své nemoci a pochopila nutnost komplexní změny ve svém životě. Po zhodnocení výstupního testu je jisté, že pacientka nabyla vědomosti o své nemoci a důležitosti dodržovat režimová opatření. Na podkladě zjištěných informací, které má pacient o svém onemocnění je zcela zřejmé, že i když je dost dostupných informací ohledně životosprávy a pohybových aktivit a to jak ze strany internetu, časopisů i odborné literatury, stále je na edukaci co vylepšovat, aby pacient byl co nejlépe informován stran své nemoci či operačního zákroku a následné domácí péči. Pacientka je spokojena se svými získanými vědomostmi. Edukační cíle se podařilo splnit, edukace je ukončena na základě splněných cílů. Tímto je možné edukaci považovat za úspěšnou.

7.7 Doporučení pro praxi

- Vytvoření písemného edukačního materiálu stran nemoci a operačního řešení.
- Stálá podpora vzdělávání ze strany zaměstnavatele pro zdravotníky, na stálý rozvoj efektivity edukace.
- Aktivní i pasivní účast na bariatrických a obezitologických seminářích, kongresech, kde kromě odborných znalostí je zapotřebí získat od kolegů z jiných nemocnic cenné zkušenosti či zjištěné chyby, které je zapotřebí si uvědomit a poučit se z nich.
- Vytvořit si pro nemocného dostatek času na rozhovor, vysvětlování z důvodu odbourání stresové zátěže na pacienta a tím i navození lepší jeho spolupráce s námi.
- Doporučit pacientovi odbornou literaturu, internetové zdroje na dané téma.
- Informovat pacienta srozumitelně, jasně, bez odborných výrazů.
- Přístupovat k pacientovi holistickým způsobem.
- Uplatnit edukační proces jako metodu v praxi.
- Uspokojovat biologické, psychologické, duchovní a sociální potřeby pacientů.
- Zajistit pohodlí pro pacienta v době hospitalizace.
- Poskytovat kvalitní a efektivní ošetrovatelskou péči.

ZÁVĚR

Bariatrická chirurgie je obor, který se rychle vyvíjí a přináší nové metody v léčbě morbidní obezity, Aktuálnost tohoto tématu je dána i rychlým nárůstem obezity naší populace. Důležitá je včasná diagnostika a zahájení léčby.

Cílem práce bylo realizovat edukační proces u pacientky po bariatrické operaci Sleeve. V souvislosti edukačního plánu byl vyplněn pacientkou vstupní test obsahující otázky týkající se onemocnění a znalosti její nemoci. Na tyto dotazy bylo odpovídáno formou odpovědí ano či ne. Po realizaci edukačního plánu byl vyplněn pacientkou výstupní test se stejně kladenými otázkami. Srovnáním obou testů bylo zjištěno, že cíl byl splněn.

Chirurgická léčba obezity přináší zásadní zlepšení kvality života a v mnoha případech navrácí pacienta z invalidity do produktivního žití, životního stylu a v neposlední řadě také k dodržování těchto změn po operaci.

Velice důležité je navázání důvěry pacienta a sestry. Sestra musí být empatická, vzdělaná, zná odpovědi na pacientovy dotazy. Práce sestry je velice významná. Na ní někdy záleží při hovoru s pacientem, jak se k danému problému pacient postaví. Nedílnou součástí je i psychická podpora nejen zdravotnického personálu, ale také rodiny a přátel.

Jako návrh pro zlepšení multioborové spolupráce je zapotřebí více informovat a nabádat obézní pacienty k touze k cílevědomému hubnutí pro zlepšení kvalitnější a zdravější život. Je známo, že ideálem všech morbidně obézních pacientů je kouzelná pilulka, která by bez aktivního pohybu, bez zásadních změn v životosprávě jejich problém vyřešila. Praktičtí lékaři by měli své pacienty více poučit a nasměrovat do rukou specialistů. A tak nejen sestry, ale všichni zdravotničtí pracovníci mají před sebou ne zrovna lehký úkol.

V bakalářské práci jsem vytvořila edukační brožuru, která má sloužit k poskytnutí základních informací pro morbidně obézní pacienty. Edukace by měla

pomoci především pacientovi se co nejlépe na výkon připravit a tím tak přispět ke zkvalitnění poskytované péče.

Tato operační metoda je dosud nejefektivnější při léčbě morbidní obezity. Léčba vyžaduje dlouhodobou a systematickou péči obezitologa, dietologa, psychologa a bariatrického chirurga, při které je nedílnou součástí i bariatrická sestra.

V současnosti je téměř bez výhrad přijímán názor, že prakticky neexistuje jiná efektivnější léčba morbidní obezity s trvalým efektem výrazného poklesu hmotnosti než bariatrická operace, která vrací obézní pacienty zpět do normálního společenského života se snížením, dokonce vymizením přidružených zdravotních komplikací způsobených obezitou. A to je naším hlavním úkolem, který vede pacienta k celkové spokojenosti. Dostatečná znalost této problematiky představuje základní předpoklad pro úspěšnou realizaci správné ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

Věřím, že bakalářská práce bude inspirací pro další využití v odborné ošetrovatelské praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné monografické publikace

1. ADÁMKOVÁ, Věra, 2009. *Obezita*. 1.vyd. Facta Medica, 122 s. ISBN 978-80-904260-5-4.
2. FRIED, Martin, 2005 *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 125 s. ISBN 80-247-0958-9.
3. FRIED, Martin, 2011. et al. Bariarická a metabolická chirurgie – Nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 266 s. ISBN 978-80-204-2424-2.
4. GURKOVÁ, Lenka, Hodnocení kvality života, 1.vyd.2011 Praha: Grada 223s. ISBN 978-80247-3625-9
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. Informovaný souhlas proč a jak? Galén, Praha: 104s. ISBN 978-80-7262-497-3.
6. HAINER, Vojtěch, 2011. et. al. Základy klinické obezitologie. 2.vyd. Grada Publishing, a.s., 422s. ISBN 978-80-247-3252-7.
7. HAINER, Vojtěch, 2003. Obezita. 2.vyd. Praha: Triton s.r.o., s. 119 ISBN 80-7254-384-9.
8. HAINER, Vojtěch, 2004. et al. *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 356 s. ISBN 80247-0233-9.
9. CHMELÍKOVÁ, J., Šilhartová, 2008, V. *Edukace perioperační sestrou*. Sestra. Praha 9444.), č.7-8, s. 62. ISSN 1335
10. JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010 *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Grada Publishing, 77s. ISBN 978-80-247-2171-2.
11. KASALICKÝ, Mojmír, 2007. *Tubulizace žaludku chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Triton, 89 s. ISBN 978-80-7254-957-3.
12. KASALICKÝ, Mojmír, 2011. *Chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Ottova tiskárna, 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.
13. MÁLKOVÁ, Iva, 2002. *Hubneme s rozumem*. 1.vyd. Finidr.s.r.o., Český Těšín, 222s. ISBN 80-86212-25-4.

14. MÁLKOVÁ, Iva, 2001. SOS nadváha. 2.přepřac.vyd.Praha:Portál,240s. ISB 80-7178-521-0.
15. MATLOCHOVÁ, E, 2012. *Edukace pacienta perioperační sestrou*. Sestra. Praha, č. 2, s.41-42. ISSN 1210-0404;
16. MAGUROVÁ,Dagmar a MAJERNÍKOVÁ, Ludmila 2009.Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve. Martin Osveta s.r.o.155s.ISBN 978-80-8063-326-4.
17. MÜLLEROVÁ, Dana, 2009.et.al. Obezita-prevence a léčba. 1.vyd.Praha:Mladá fronta,261s.ISBN978-80204-2146-3.
18. NĚMCOVÁ, Jana a HLINKOVÁ, Edita, 2010.Moderná edukácia v ošetrovatelstve.Martin:Osveta.260s. ISBN 978-80-8063-321-9.
19. PAYNE,Jan,2005 et.al.Kvalita života a zdraví. 1.vyd.Praha: Triton.629s. ISBN 80-7254-657-0.
20. SCHOUTEN, R. ET. AL. Long term reset of bariatric restrictive procedures: A prospective study. *Obesity Sumery*, 2010, vol. 20, no. 12, s- 1617 – 1626
21. SLEZÁKOVÁ, Lenka, *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2010 1.vyd.Praha: Grada 264s.ISBN 978-80-247-3129-2
22. SLEZÁKOVÁ, Lenka. A kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. 1 vydání. Praha: Grada, 2007. 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2
23. SNDR - MARLOW, G.et. al. Nutrition care of patiens undergoing laparoscopic sleeve gastrectomy for weight loss. *Journal of the american dietetic association*, 2010, vol. 110, no. 4, s. 600-607.
24. SVAČINA, Štěpán a Bretšnajdrová, Alena, 2008. Jak na obezitu a její komplikace. 1.vyd.Praha: Grada Publisching. s. 139 ISBN 978-80-247-2395-2.
25. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, s. 62 ISBN 978-80-726-2845-2.

26. SYSEL, D., H.BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011 Teorie a praxe ošetrovateľského procesu Tribun EU 2,vyd.Brno: 280s.ISBN978-80-263-0001-4.
27. TOMANOVÁ, Dana, 2007. Vzdelání, výchova, edukace. In multikulturní ošetrovateľství II.In Špirudová.Lenka.et.al.Praha:Grada,2006.248s.ISBN 80-247-1213-X.
28. VONDRÁŠEK, Lubomír, 2005. Zdravotnické právo v ošetrovateľské praxi I. Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských oborů v Brně.74s. 57-852-03.
29. VOMELA, Jindřich, a kol. Chirurgie pro sestry, 1.vyd. 1998 Brno: Idvpz 210s. ISBN80-7013-262-0.
30. HOUSOVÁ, Jitka, 2008. Obesity NEWS. *Co nabízí současná bariatrická chirurgie.* 3,1. ISSN 1081-0730.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Tribune [online]. ©2012 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: www.tribune.cz/clanek/20107

Životní styl [online]. ©2012 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z:

<http://web.volny.cz/volny-cas/zivotni-styl/clanek/~volny/IDC/158158/Zvolte%20titul>

PŘÍLOHY

- Příloha A Rešerše
- Příloha B Edukace a ošetrovatelský proces
- Příloha C Informovaný souhlas - RTG po operaci žaludku pro obezitu – typ sleeve
- Příloha D Informovaný souhlas s výkonem – tubulizace žaludku
- Příloha E Edukační brožura



Příloha A REŠERŠE

1. Chirurgická léčba obezity
2. Bariatrická a metabolická chirurgie – nové postupy v léčbě obezity
3. Tubulizace žaludku – chirurgická léčba obezity
4. Moderní chirurgické metody léčby obezity
5. Sestra. Odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry
6. Endoskopie
7. Vnitřní lékařství
8. Bariatrická a metabolická chirurgie
9. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře
10. Medicína po promoci
11. Nemocniční speciál
12. Florence
13. Rozhledy v chirurgii
14. Co je nového na cestě od obezity po diabetu
15. Bariatrická a metabolická chirurgie

Příloha B Edukace a ošetrovatelský proces

EDUKAČNÍ ZÁZNAM				
Charakter edukace		Téma edukace		Edukace kým
<input type="checkbox"/> pacienta / ky <input type="checkbox"/> matky	<input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> dítěte <input type="checkbox"/> jiného	1 výživa 2 sepeče 3 užívání pomůcek	7 péče o chronickou ránu 8 aplikace inzulínu 9 možnost péče v terénu	1 sestrou 2 lékařem 3 fyzioterapeutem
Komunikační bariéra		4 poučení o medikaci sestrou 5 péče o invazivní vstupy 6 péče o stomii	10 signalizační a dorozumivací zařízení 11 domácí řád a práva pacientů	4 nutričním terapeutem 5 sociální 6 jiná:
<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> fyzická	<input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> jiná			
EDUKACE V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE				
Datum Hodina	Téma	Reakce pacienta	Použité metody	Průběh edukace (podpis kdo přijímá, kdo podává)
		<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopením <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace během hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění
		<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopením <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace během hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění
		<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopením <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace během hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění
		<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopením <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace během hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění
Informace při propuštění: <input type="checkbox"/> předána propouštěcí zpráva				
<input type="checkbox"/> léky nadny <input type="checkbox"/> recepty <input type="checkbox"/> DPN listy číslo: <input type="checkbox"/> paragraf				
<input type="checkbox"/> Pacient poučen o léčebném režimu v domácím prostředí				
<input type="checkbox"/> odvoz vlastní <input type="checkbox"/> odvoz rodinou čas odchodu z oddělení: <input type="checkbox"/> sanitou				

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo pacienta:

Oddělení:

Zákonný zástupce:

Rodné číslo zákonného zástupce:

Typ výkonu:

**RTG ŽALUDKU PO OPERACI ŽALUDKU PRO OBEZITU, TYP SLEEVE
GASTREKTOMIE**

1. Informace pro pacienta:

Vážený paciente (rodiče),

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu je nutno provést výše zmíněný zákrok. Dle současného právního řádu je nutné k navrženému výkonu podepsat tzv .informovaný souhlas k danému výkonu, který stvrzuje vaše souhlasné stanovisko s provedením výkonu.

Před vlastním výkonem s Vámi bude osobně lékař/ka hovořit o nutnostech a možnostech zákroku, seznámí Vás s možnými riziky a příslušnými komplikacemi plánovaného výkonu, o možném omezení a obvyklém způsobu života, o léčebném režimu a preventivních opatřeních, event. o nutnosti uvedený výkon opakovat.

2. Účel provedení výkonu:

Jde o rentgenové vyšetření jícnu a žaludku u pacientů po zužovací /rukávové – sleeve / operaci.

Důvod vyšetření:

Následující den po operaci je provedena na RDG oddělení kontrola těsnosti pooperačního švu.

3. Následky zákroku:

Nejsou.

4. Příprava na výkon:

Pacient nalačno.

5. Provedení výkonu:

Na RDG oddělení na vyšetřovací sklopné stěně pacient vypije dle pokynu lékaře několik doušků

vodní kontrastní látky. Průchod kontrastní látky jícnem a žaludkem je sledován lékařem

na obrazovce.

6. Doporučený režim po výkonu:

Bez omezení

7. Možné komplikace:

Jde o požití pouze několika doušků kontrastní látky, komplikace zde nehrozí

8. Možné alternativy léčby:

Nejsou.

9. Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:

**Prohlášení pacienta (zákonného zástupce) o informovaném
souhlasu:**

Prohlašuji, že:

1. mně byly lékařem srozumitelně zodpovězeny veškeré mé dotazy ohledně plánovaného výkonu a jsem o tomto výkonu, jeho možných rizicích, pooperačních komplikacích, následné léčbě a případných omezeních mé osoby dostatečně informován/a a rozumím jim. Porozuměl/a jsem svému zdravotnímu stavu a mohl/a jsem svobodně bez nátlaku zvážit nutnost a účelnost zamýšlených vyšetřovaných a léčebných výkonů a rizika s tím spojená, včetně případného nepohodlí, bolesti a dalších omezení, spojených s touto léčbou
2. poučení o uvedeném výkonu považuji za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s výše uvedeným navrhovaným postupem
3. jsem srozuměn (a) s tím, že uvedený výkon nemusí být proveden lékařem, který mě doposud ošetřoval a který mě o výkonu informoval
4. jsem byl/a poučena o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat
5. souhlasím s využitím záznamů pro výuku a výzkum

Souhlasím s výše uvedenými body 1 – 5 (event. nesouhlasím s bodem:)

Tento souhlas uděluji i k event. opakovanému výkonu během pobytu na výše uvedeném oddělení

Jméno, Příjmení:

Adresa:

Telefon:.....

ve Valašském Meziříčí, dne.....čas.....

Podpis informujícího lékaře

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Jméno a příjmení pacienta:
Rodné číslo pacienta:
Oddělení:
Zákonný zástupce:
Rodné číslo zákonného zástupce:

Typ výkonu: TUBULIZACE ŽALUDKU
(sleeve gastrectomy, „rukávová“ resekce žaludku)

1. Informace pro pacienta:

Vážený paciente (rodiče),

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu je nutno provést výše zmíněný zákrok. Dle současného právního řádu je nutné k navrženému výkonu podepsat tzv. informovaný souhlas k danému výkonu, který stvrzuje vaše souhlasné stanovisko s provedením výkonu.

Před vlastním výkonem s Vámi bude osobně lékař/ka hovořit o nutnostech a možnostech zákroku, seznámí Vás s možnými riziky a příslušnými komplikacemi plánovaného výkonu, o možném omezení a obvyklém způsobu života, o léčebném režimu a preventivních opatřeních, event. o nutnosti uvedený výkon opakovat.

2. Účel provedení výkonu:

Vysoká hmotnost souvisí s výrazným zhoršením zdravotního stavu a s řadou přidružených potíží, které mnohdy ohrožují oběžního na životě. Po vyčerpání konzervativní léčby (dieta, pohyb, farmakoterapie) se nabízí chirurgické řešení léčby morbidní obezity. Sleeve gastrektomie je nevratné odstranění části žaludku. Zmenšený objem žaludku způsobí, že pacient se cítí sytý již po malém množství jídla. Porce tolerovaného jídla se sníží a pacient hubne. Nutným předpokladem pro úspěšné hubnutí je však stálé a přísné dodržování dietního režimu. Výkon se provádí laparoskopicky.

3. Následky zákroku:

Narozdíl od žaludeční bandáže (viz níže-alternativy léčby) nemá pacient v těle žádný umělý implantát. Na druhou stranu oproti bandáži, kdy manžetu žaludku lze odstranit,

je toto výkon nevratný. Po výkonu zůstává 5 jizev velikosti 1,5-3cm. Je nutné dodržování dietního režimu, neboť při přejídání se může žaludek opět roztáhnout do formy vaku a pacient začne opět přibírat!

4. Příprava na výkon

- předcházející obezitologické, psychologické, chirurgické a gastrokopické vyšetření
- standardní předoperační vyšetření od ošetřujícího lékaře (odběry, snímek plic, EKG, popř. sono)
- den před operací hygienická očista, oholení operačního pole, od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit
- v den operace pacient lačný, zabandážování končetin, tampon s dezinfekcí do pupku, po aplikaci premedikace (injekce k celkovému zklidnění), převoz na operační sál

5. Provedení výkonu:

Operace se provádí laparoskopickou metodou. Při celkové anestézii po dezinfekci a zarouškování operačního pole se do dutiny břišní z 5 vpichů, velkých asi 1,5-3 cm, zavedou operační porty. Jimi se dovnitř vsune optický přístroj (laparoskop), který přenáší obraz z dutiny břišní na televizní obrazovku. Dalšími porty se zavedou speciální nástroje, pomocí nichž postupně žaludek uvolníme na jeho velkém zakřivení od jeho závěsů (tzv. ligamentum gastrocolicum). Máme-li žaludek uvolněný, zavede anesteziolog v této fázi do žaludku silnou žaludeční sondu. Nyní nastupuje vlastní resekce. Pomocí speciálního nástroje, tzv. endostapleru (= „svorkovač“ - chirurgický nástroj používaný v chirurgii k přerušení („sešití“ – zasvorkování) a oddělení části dutých orgánů), levou část žaludku odstraníme, tak, že zbylá část žaludku tvoří jakýsi „rukáv“. Zkontrolujeme resekční linii, nedochází-li ke krvácení, krvácející oblasti ošetříme koagulací. Anesteziolog vytáhne žaludeční sondu. Do dutiny břišní vedle zbylého žaludku uložíme drén (gumová hadička k odvodu sekretu). Odstraněnou část žaludku uchopíme a vytáhneme řezem vpravo nad pupkem, který jsme o trochu rozšířili. Rány se zašijí po vrstvách. Do podkoží rány, kterou jsme vytáhli žaludek, zavedeme tzv. rukavicový drén, který slouží k odvádění sekretu, krve, čímž se omezí možnost vzniku infekce v ráně.

6. Doporučený režim po výkonu:

- po operaci jsou pacienti sledováni na pooperačním oddělení, kde zpravidla setrvávají jeden až dva dny, v den operace jsou podávány pouze infuze, od druhého dne je možný příjem ústy, nejprve čaj, poté přechod na tekutou stravu

- další dny tráví pacienti již na běžném chir.oddělení, poučení dietní sestrou, trávicí trakt se postupně zatěžuje tekutou stravou, první či druhý pooperační den se provádí kontrolní RTG vyšetření žaludeční pasáže.
- do domácí péče je pacient propuštěn nejdříve 5. pooperační den, stehy se vytahují cca 12. -14. den po operaci, dále je pacient v péči obezitologa a bariatra a dochází na pravidelné kontroly, domácí rekonvalescence je individuální a pracovní neschopnost se odhaduje na 14 dní.
- od operace pacienti dodržují příslušná dietní opatření (4 týdny na tekutinách) dle pokynů lékaře a dietní sestry a redukční režim podporují vhodnou fyzickou aktivitou (chůze, plavání, jízda na kole).
- spolupráce při dodržování přísných dietních opatření je bezpodmínečně nutná zejména po dobu 6-8 týdnů a dále je základem úspěšné léčby, omezení velikosti porcí je nutné dodržovat po operaci již trvale.

7. Možné komplikace:

Vzhledem k plánovanému výkonu je procento potenciálních komplikací malé. K tomu, aby ke zmíněným komplikacím nedošlo, jsou podniknuta všechna potřebná opatření, v případě vzniku však mohou přinést zhoršení zdravotního stavu, prodloužení délky hospitalizace a nutnost dalších vyšetřovacích a léčebných výkonů.

- nežádoucí rizika: krvácení z resekční linie s nutností přechodu laparoskopické operace na klasickou (otevření dutiny břišní řezem nejčastěji ve střední čáře nad pupkem) a ošetření krvácení, nutnost podání transfuze, poranění střeva, při komplikovaném průběhu nutnost vyšití střevního vývodu, zánětlivá reakce v dutině břišní, která může vyústit v zánět pobříšnice a septický stav (otrava krve) s možností selhání základních životních funkcí, která může končit smrtí, nutnost reoperace pro nemožnost příjmu potravy, zvracení, bolestivost v jizvách, infekce operační rány s nutností jejího rozpuštění, nežádoucí účinky při netoleranci organismu na podávané léky, psychická újma s možných trvalých následků.

8. Možné alternativy:

Morbidní obezita je léčitelná, a to komplexně změnou životního stylu, dietou, pohybem, psychologicky, farmakologicky.

Dočasnou alternativou je zavedení silikonového žaludečního balónu gastrokopicky, který způsobí zmenšení objemu žaludku a tím časný pocit sytosti.

Žaludeční bandáž je laparoskopické zaškrcení žaludku v jeho horní části pomocí manžety, čímž zůstane nad manžetou malá část žaludku, při jejímž naplnění potravou se opět dostaví brzký pocit plnosti. Používá se adjustabilní silikonový

kroužek, na jehož vnitřní straně je balonek a jeho objem lze regulovat pooperačně vpichem speciální jehlou přes kůži do komůrky. Komůrka bandáže je umístěna v podkoží pod levým obloukem žeberním a je spojena hadičkou s balonkem manžety.

Jiné chirurgické řešení spočívá již v náročnějších typech operací, kdy se žaludek zmenší a napojí se na něj klička tenkého střeva – tzv. bypassové operace. Je více typů těchto operací.

9. Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:

Prohlášení pacienta (zákonného zástupce) o informovaném souhlasu

Prohlašuji, že:

1. mně byly lékařem zodpovězeny veškeré mé dotazy ohledně plánovaného výkonu a jsem o tomto výkonu, jeho možných rizicích, pooperačních komplikacích, následné léčbě a případných omezeních mé osoby dostatečně informován/a a rozumím jim. Porozuměl/a jsem svému zdravotnímu stavu a mohl/a jsem svobodně bez nátlaku zvážit nutnost a účelnost zamýšlených vyšetřovaných a léčebných výkonů a rizika s tím spojená, včetně případného nepohodlí, bolesti a dalších omezení, spojených s touto léčbou.
2. poučení o uvedeném výkonu považuji za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s výše uvedeným navrhovaným postupem.
3. souhlasím s eventuelním rozšířením výkonu či možností konverze (přechodu na otevřenou operaci), bude-li to v průběhu operace nutné.
4. jsem srozuměn/a s tím, že uvedený výkon nemusí být proveden lékařem, který mě doposud ošetřoval a který mě o výkonu informoval.
5. jsem poučen/a o tom, že mohu svůj souhlas s výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.
6. souhlasím s využitím záznamů pro výuku a výzkum.

Souhlasím s výše uvedenými body 1 – 6 (event. nesouhlasím s bodem:)

Jméno, Příjmení:

Adresa:.....

Telefon:.....

Ve Valašském Meziříčí, dne..... čas.....

Podpis informujícího lékaře

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

POOPERAČNÍ PÉČE

1. den po operaci je nutno provést RTG vyšetření žaludku. Pokud je vyšetření v pořádku, může pacient začít přijímat čaj po malých doušcích. Je poučen nutriční terapeutkou o dietním režimu. Téhož dne je přeložen na standardní oddělení.

Nemocného možno propustit pokud je bez komplikací
5. pooperační den po plné obnově zažívacího traktu.

Po 14 dnech se provádí ambulantní kontrola, vytažení stehů.

Dále je pacient v péči bariatrického chirurga, obezitologa a dochází po 6 týdnech, 3 měsících, 6 měsících, a každoročně na kontroly.

Domácí rekonvalescence je individuální, pracovní neschopnost je 2-5 týdnů. (podle druhu zaměstnání)

Od operace pacient dodržuje dietní opatření a redukční režim je nutno podporovat vhodnou fyzickou aktivitou (chůze, kolo, plavání).

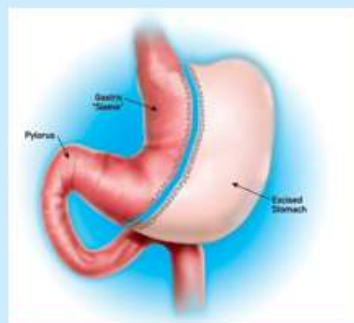
**Autor: Sylva Fojtášková, DiS,
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s.
Praha 5**

**Odborný konzultant:
Primář MUDr. Aleš Bařinka**

**Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH**

CHIRURGICKÁ LÉČBA MORBIDNÍ OBEZITY

EDUKACE PŘED A PO OPERACI SLEEVE



EDUKAČNÍ MATERIÁL PRO POTŘEBU BAKALÁŘSKÉ

PRÁCE

OBEZITA JAKO NEMOC

Morbidní obezita neboli otylost je uložení nadměrného množství tuku v organismu. Podíl tuku v těle je určen pohlavím a věkem. U žen do 28-30%, u mužů do 23-25%.

Výskyt morbidní obezity má vzestupnou tendenci a postihuje téměř všechny sociálně ekonomické skupiny obyvatelstva. Obezita jako taková život bezprostředně neohrožuje, zdravotní komplikace obezity však významně ovlivňují jak nemocnost, kvalitu a délku života.

Zvyšuje se riziko vzniku onemocnění hypertenze, cukrovky II. typu, srdeční selhání, mozkové příhody, předčasná artróza nosných kloubů, deprese, neurózy, choroby žlučníku a nádorová onemocnění.

PŘÍČINA OBEZITY

Hlavní příčina vzniku obezity je nepoměr mezi příjmem a výdejem energie (mnoho jídla, málo pohybu). Na vzniku obezity se podílejí jak faktory zevního prostředí (sedavý způsob života, nabídka lahodných pokrmů, cenová dostupnost potravin s vysokým obsahem tuku, přejídání se vlivem stresu, shonu, malá fyzická aktivita daná mírou mechanizace, a automatizace a faktory vnitřního prostředí) dědičné faktory ovlivňují schopnost organismu spalovat tuky, přirozenou fyzickou aktivitu a taky výběr některých chutí. Vliv na vznik obezity mají také špatné rodinné stravovací návyky.



JAK LZE ZJISTIT MÍRU OBEZITY?

Základním orientačním ukazatelem je tělesná váha. K vyjádření stupně nadváhy používáme indexu stupně hmotnosti /BMI – z anglického „body mass index“ jde o vyjádření poměru váhy kvysce². Na základě BMI lze určit zdravotní rizika spojená s obezitou.

V DEN OPERACE

Před operací se provádí bandáž obou dolních končetin (kompresní punčochy) + aplikace Fraxiparinu jako prevence trombózy.
Po aplikaci premedikace k celkovému zklidnění je pacient převezen na operační sál.
V předšálí se pacient svléká a ulehne na operační vozík.
Dále si jej přebírá anesteziologická sestra.



JAKÁ JE POOPERAČNÍ PÉČE?

Po operaci je pacient uložen nejméně na 2 hodiny na dospávacím pokoji, kde pokračuje monitoring všech základních vitálních funkcí.

Poté je odvezen na pooperační oddělení MD-JIP, kde zpravidla zůstává do dalšího dne. Zde pokračuje parenterální aplikace tekutin a léků.

Večer v den operace pacient již posedává, ráno je schopen chůze a opouští lůžko.

ZÁSADY DIETNÍHO OPATŘENÍ

- Celkem 4 týdny po operaci konzumovat pouze tekutou stravu voda, čaje, neslazené nápoje, ovocné, zeleninové šťávy, kuřecí vývar, bujon, odtučněné mléko,...
- V 5. týdnu tekutá, kašovitá strava - kaše, koktejly, rozmixované maso, puding, jogurt, ovocné, vařené zeleninové pyré....
- V 6. týdnu mletá strava - maso, rizoto...
- V 7. týdnu přecházet na normální lehkou stravu avšak podstatně menších porcí než před operací a s nízkou kalorickou hodnotou.
- Pít se smí pouze 100-120ml tekutin najednou, celkový denní příjem 2,5-3 litru. Pít je nutné mezi jídly, ne před nebo ihned po jídle!!! (20-30minut před a po jídle).
- Jíst pomalu, nehtat a stravu maximálně rozžvýkávat, bílkovina by měla být v každém jídle.
- Vyhýbat se škrobovým koncentrovaným sacharidům, knedlíkům...
- Omezení velikosti porcí je nutné dodržovat již trvale, důležité je jíst častěji a v menších dávkách 6-7x denně.
- Snažit se maximálně snížit svůj energetický příjem, vybírat potraviny s nízkou energetickou hodnotou. Kalorický obsah 800-1200 kcal.

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost v kg}}{\text{výška v m}^2}$$



JAK LÉČIT OBEZITU?

Léčba morbidní obezity není jednoduchá ani krátkodobá. Základním postupem je změna životního stylu zahrnující změnu jídelníčku, způsob stravování, farmakoterapie a pravidelný pohyb. Chirurgická bariatrie je řešením obezity až po selhání těchto možností léčby. Bariatrie je dlouhodobě úspěšná a přináší zlepšení celkového stavu, vyléčení některých přidružených onemocnění.

INDIKACE CHIRURGICKÉ LÉČBY

O chirurgické léčbě rozhoduje indikační komise ve složení bariatrický chirurg, obezitolog, internista, klinický psycholog, anesteziolog. Teprve po komplexním vyšetření chirurg určí termín a typ operačního výkonu.

VÝBĚR BARIATRICKÉHO VÝKONU

V současné době má chirurg možnost poměrně širokého výběru operačních metod a zvolit pro pacienta tu nevhodnější s ohledem na klinický obraz.

- SLEEVE GASTRECTOMY
- PLIKACE ŽALUDKU
- DUODENÁLNÍ SWITCH
- GASTRICKÝ BYPASS
- GASTRICKÁ BANDÁŽ

SLEEVE GASTRECTOMY - TUBULIZACE ŽALUDKU

Odstraňuje se velká část žaludku 80-85%. Operační výkon pomáhá pacientovi dodržovat redukční dietu bez pocitu trýznění hladu. Operace je prováděna laparoskopicky. Chuť na sladké či dobré jídlo tato metoda není schopna ovlivnit. Pomáhá vyhnout se přejídání. Po snědění malého množství jídla má pacient časný pocit nasycení.

Je vhodné, aby vyšetření pacienta bariatrickým chirurgem proběhlo minimálně ve dvou sezeních a to s časovým odstupem několika týdnů. Podmínkou operace je redukce váhy 5% tělesné hmotnosti. Důvodem je zmenšení jater a snazší operativy. Pokud tyto podmínky nejsou splněny, operace neproběhne do doby správné redukce váhy. Pacient musí dobře rozumět principům operace, jejím rizikům a vzájemné spolupráci.

KONTRAINDIKACE VÝKONU

- Neschopnost pacienta k provedení operace v celkové anestézii
- kardiální, hepatální či renální selhání nereagující na léčbu
- poruchy imunity
- gravidita
- malignity
- vážné poruchy psychického chování (psychózy, afektivní poruchy, alkoholismus, drogová závislost, mentální retardace).

KOMPLIKACE - RIZIKA

- krvácení do dutiny břišní
- netěsnost sutury (sešití) žaludku
- po výkonu častější nauzea, zvracení
- některá jídla mohou dělat potíže / určité druhy masa, rýže, pečivo, některá zelenina či ovoce, těstovina - dočasně vysadit.
- bolesti zad z důvodu špatné fyzické aktivity
- možná tvorba žlučových kamenů
- trombóza DK

JAKÁ JE PŘEDOPERAČNÍ PÉČE?

- Pacienti se přijímají den před operací v ranních hodinách na standardní oddělení.
- Sebou musí mít patriční předoperační-interní, předanesteziologické vyšetření.
- Potřebný je podepsaný souhlas pacienta s operačním výkonem.
- Večer se provádí celková hygiena + oholení operačního pole.
- Dle ordinace lékaře aplikace Fraxiparinu s.c.c. (prevence tromboembolické nemoci) a na zklidnění podat sedativum.
- Od večera již pacient nic nejí a od půl noci nesmí kouřit, ani pít.

